Bela Almos Trif - Vasile Astărăstoaie - Liviu Cocora

editura Medica

EUTHANASIA

- SUICIDUL ASISTAT - EUGENIA -

pro vs. contra

Almoş Bela Trif Vasile Astărăstoae
Liviu Cocora

EUTHANASIA SUICIDUL ASISTAT EUGENIA

Pro versus contra

Mari dileme ale umanităţii

Editura INFOMedica
2002

Iaşi
11-04-2003

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
TRIF, ALMOŞ BELA
Euthanasia, suicidul asistat, eugenia: pro-versus-contra: mari dileme ale umanităţii / Almoş Bela Trif, Vasile Astărăstoae, Liviu Cocora - Bucureşti: Infomedica, 2002
p. ; cm.
Bibliogr.
ISBN: 973-9394-81-7

I. Astărăstoae, Vasile
II. Cocora, Liviu

614.256

© 2002 - **INFOMEDICA** s.r.l.

Euthanasia, suicidul asistat, eugenia: pro versus contra. Mari dileme ale umanităţii
Almoş Bela TRIF, Vasile ASTĂRĂSTOAE, Liviu COCORA

ISBN: 973-9394-81-7

Toate drepturile rezervate Editurii INFOMEDICA.

Nici o parte din acest volum nu poate fi copiată fără permisiunea scrisă a Editurii INFOMEDICA.

Drepturile de distribuţie în străinătate aparţin în exclusivitate editurii.

Copyright ©2002 by INFOMEDICA s.r.l. All rights reserved.

APĂRUT 2002

Tehnoredactare computerizată: Editura INFOMedica

Tehnoredactare: Gabriela Covrig
Ing. Nicoleta Anghel

Editura INFOMEDICA Bucureşti
Şos. Panduri 35, Bl. P1B, Sc. A, Ap. 34-35
Tel./Fax: 01/410.04.10; 410.53.08; 410.61.63
e-mail: redactia@infomedica.ro
www.infomedica.ro

Tipar executat la Tipografia INFOMEDICA

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Istoricul atitudinilor faţă de viaţa umană, faţă de moarte şi faţă de rolul medicului în aceste privinţe 1
Lupta pentru „DREPTUL DE A MURI“ - o chestiune de demnitate 39
Ordinul sau decizia de „A NU RESUSCITA“ 56
EUTHANASIA 71
Puncte de vedere juridice privind euthanasia 101
Legile actuale care permit euthanasia 108
SUICIDUL ASISTAT 119
Purtătorul de drapel al luptei pentru legitimarea suicidului asistat de medic 130
Puncte de vedere juridice privind suicidul asistat 159
Legislaţia actuală în suicidul asistat 165
Puncte de vedere teologice privind euthanasia 201
Puncte de vedere medicale, etice şi bioetice cu privire la euthanasie 209
Opinia publică şi opinia medicală asupra euthanasiei 215
EUGENIA 229
În loc de încheiere 247
Glosar de termeni referitori la situaţiile de „terminare a vieţii“ 251
Bibliografie 255

Scanned with OKEN Scanner

Istoricul atitudinilor faţă de viaţa umană, faţă de moarte şi faţă de rolul medicului în aceste privinţe

Preţuirea vieţii a reprezentat o chintesenţă culturală a multor civilizaţii. Miturile creaţiei sunt modele de înţelepciune indiferent de timpul şi locul unde au apărut pe Terra, dar **apariţia vieţii este în indisolubilă legătură cu dispariţia şi reînnoirea ei**. Moartea se impune ca un element necesar pentru perpetuarea naturii şi a umanităţii. **Există doar nemurirea Divinităţii**, care este legată de cea a unui Univers fără sfârşit, uneori greu de imaginat şi imposibil de perceput la modul concret. Sub veghea nemuririi se consuma, în viaţa de zi cu zi, câte o porţie de moarte. Aceasta se putea vedea în conflictele grupurilor de oameni cu grupurile adverse sau concurente, în cazul execuţiilor pedepselor cu moartea, sau chiar ca o formă de supravieţuire pentru grup, atunci când resursele limitate obligau la suprimarea sau auto-suprimarea celor deveniţi o povară.

De-a lungul timpului **moartea** a fost considerată atât **legală** cât şi **morală**.

Antichitatea

• **Legea celor Douăsprezece Table**" (aprox. 450 î.Hr.), codul publicat la Roma de decemviri (magistraţi romani care făceau parte dintr-un colegiu de 10 membri) pe 12 table de bronz, prevedea jertfirea copiilor cu malformaţii de îndată ce veneau pe lume.

• Istoricul şi moralistul grec **Plutarch** (circa 50-125 d.Hr.) menţionează în lucrarea sa „Vieţile paralele" că în Sparta era practicat infanticidul. Copiii „lipsiţi de sănătate şi vigoare, cei strâmbi" erau azvârliţi de pe o stâncă a muntelui Taiget.

• După căderea Ierusalimului sub atacul legiunilor romane în anul 70 d.Hr., aproximativ 1000 de evrei care nu acceptau să se supună regimului de ocupaţie - zeloţii (zeloşii) s-au refugiat în fortăreaţa Massada, construită în mare parte de regele Irod, pe malul de apus al Mării Moarte în vârful unui podiş. Când romanii au izbutit să o cucerească, după un asediu ce a durat între anii 72-73, nu au mai găsit decât două femei şi cinci copii, deoarece toţi ceilalţi se sinuciseseră pentru a nu fi umiliţi de captivitate.

• Popoarele nomade îi abandonau în drum pe cei foarte bătrâni sau pe cei foarte bolnavi care nu mai aveau speranţa de a redeveni

Scanned with OKEN Scanner

activi, deoarece erau o povară pentru întregul trib, care trebuia să se mişte cvasi-permanent în căutarea păşunilor şi vânatului.

• Triburile barbare germanice îngropau de vii pe bătrânii neputincioşi.

• În insula Sumatra, bătrânii din neamul bataki-lor erau suiţi într-un copac, iar copacul era scuturat. Cel care reuşea să rămână agăţat sus îşi putea continua viaţa în colectivitate, dar cel care cădea era folosit ca hrană pentru restul comunităţii.

• În India, bolnavii incurabili erau sufocaţi cu mâl de către membrii familiei, iar apoi aruncaţi în fluviul Gange.

• În Birmania, incapabilii de muncă sau bolnavii dependenţi de cei din jur se considerau obligaţi să se spânzure singuri.

• În jungla Amazonului din Brazilia, la triburile Tupi, Guarani şi Cachibas, bătrânii erau omorâţi în funcţie de resursele comunităţii.

• La eschimoşii americani (inuiţii), bătrânii sau cei foarte grav bolnavi erau lăsaţi să moară de sete şi foame, atunci când deveneau incapabili să mai participe la procurarea hranei.

• Bătrânii dintr-un sat din Ungaria se retrăgeau de bunăvoie într-o mofetă (peşteră cu bioxid de sulf) pentru a se sinucide, ca familia lor înfometată să supravieţuiască. Ei îmbrăcau veşmintele de sărbătoare, luau ultima cină cu familia şi mergeau pe ultimul lor drum însoţiţi cu cântece populare alese.

Filosofii antici au făcut aserţiuni prin care se aproba ideea de **moarte dirijată** de către consiliul de conducere al societăţii. Se vorbea chiar despre o *„Ars (bene), moriendi"* - arta de a muri (aşa cum trebuie). Teza lor *„Mori licet cui vivere non placet"* a făcut ca multe personalităţi de seamă ale vieţii culturale şi politice să se sinucidă. Literatura istorică este plină de descrieri ale personalităţilor care ajunşi în momente de grele încercări, educaţi în spiritul „onoarei" pe care doreau să o salveze, îşi curmau singuri viaţa.

Datorită existenţei principiului *„liberum mortis arbitrum"* în antichitate mulţi se sinucideau considerând că este dreptul lor ca să-şi aleagă singuri moartea decât să o primească din ordinul altcuiva.

• Filosoful grec **Platon** (428-348 î. Hr.), fondatorul şcolii „ezoterice" din Atena scrie în „Republica", unul din dialogurile sale sistematice:

„Fiecare cetăţean are o datorie de împlinit într-un stat bine condus, nimeni nu are dreptul să-şi petreacă viaţa în boli şi tratamente. Vei stabili, o, Glaucom, în stat, o disciplină şi o jurisprudenţă aşa cum o înţelegem noi, limitându-se să dea îngrijiri cetăţenilor bine

Scanned with OKEN Scanner

formaţi la trup şi suflet. În ce-i priveşte pe aceia care nu sunt sănătoşi trupeşte, să fie lăsaţi să moară".

• Filosoful atomist grec **Epicur** (341-270 î.Hr.), fondatorul şcolii de la Mytilene din insula Samos, adeptul hedonismului înţelept (al plăcerii bune) vorbeşte de găsirea plăcerii în repaus, în *ataraxie* (lipsa necazurilor), realizabilă prin depăşirea fricii de zei şi a fricii de moarte. În tratatul său „Despre natură" el afirmă că:

„Noi suntem stăpânii durerilor; stăpâni în a le suporta dacă sunt suportabile şi stăpâni în a părăsi viaţa cu sufletul împăcat, aşa cum părăsim teatrul dacă piesa nu ne place, dacă nu le putem suporta".

• Filosoful stoic **Lucius Annaeus Seneca** (aproximativ 4 î.Hr. - 65 d.Hr.), dotat cu o elocinţă celebră, chestor şi apoi senator la Roma scria în lucrarea sa „Asupra scurtimii vieţii":

„Dacă bătrâneţea îmi va tulbura judecata, dacă ceea ce îmi rămâne nu va fi viaţă adevărată ci doar subzistenţă, voi părăsi acest lăcaş ruinat şi aducător de ruină".

• Când fostul său elev, împăratul Nero l-a acuzat de conspiraţie împotriva sa, şi i-a poruncit să se sinucidă, Seneca şi-a tăiat venele fără să clipească.

• Scriitorul enciclopedist latin **Plinius cel Bătrîn** (23-79 d.Hr.), în „Istoria naturală", aprecia la vremea sa că *medicina are dreptul să suprime viaţa bolnavului, pentru a-i curma suferinţa*, doar în trei boli: calculi vezicali, „marea durere de stomac" (posibil ulcerul) şi nevralgia de trigemen. Toate aceste boli sunt curabile de multă vreme. Istoria povesteşte că, preţuind cunoaşterea mai mult decât propria viaţă, vrând să urmărească de aproape erupţia vulcanului Vezuviu care a distrus oraşele Herculanum şi Pompei, Pliniu a murit sufocat de gazele emanate.

• Împăratul roman **Publius Aelius Hadrianus** (76-138 d.Hr.), marele protector al culturii greceşti, cel care a presărat Roma şi imperiul cu tot felul de monumente frumoase, a apelat la euthanasie, cunoscându-se cererea sa adresată medicului Hermogene de a-i se curma suferinţele prin grăbirea morţii. Se spune că acest medic *„a găsit mijlocul de a rămâne fidel jurământului său profesional fără a-l refuza"*, recurgând probabil la un act de euthanasie pasivă

De-a lungul timpului, prin rudimentele de coduri etice medicale s-au exprimat poziţii diferite faţă de bolnavii aflaţi în stadii terminale, determinate fiecare de nivelul cunoştinţelor medicale ale vremii şi de influenţele religioase.

Scanned with OKEN Scanner

Medicina antică a adoptat o atitudine de înţeleaptă resemnare în faţa morţii. Ea încerca de fiecare dată să învingă boala, dar când bolnavul ajungea în faza terminală era lăsat să moară, considerându-se că lupta cu destinul este pierdută.

Hippocrate (460-377 î.Hr.), cel mai mare medic al Antichităţii emite ideea următoare în cartea „Despre Artă" din *Corpus hippocraticus*: *„Voi preciza ce înţeleg eu că este medicina. În termeni generali, înseamnă să alunge suferinţa bolnavului, să reducă violenţa bolii sale şi să refuze să îngrijească pe cei subjugaţi de boala lor, înţelegând că în astfel de cazuri medicina este fără putere".* În text se argumentează: *„Sunt unii care blamează medicina din cauză că refuză să-şi asume obligaţii pentru cazurile disperate... Dacă un om cere de la o artă o putere care să întreacă pe cea a naturii, ignoranţa sa ţine mai mult de nebunie decât de lipsa de cunoştinţe".*

Lăsarea bolnavului muribund „în voia naturii" era impusă de posibilităţile foarte modeste ale medicinii antice. **Jurământul lui Hippocrate** interzicea, suprimarea vieţii cu ajutorul vreunui drog: *„Nu voi da nimănui un medicament care să-i provoace moartea şi nici nu voi sugera o asemenea intenţie"* - interdicţie etică de a provoca moartea chiar dacă aceasta s-ar petrece cu consimţământul liber şi lucid al pacienţilor. În cazurile terminale, contribuţia cea mai utilă şi cea mai preţuită a medicinii antice a fost psihoterapia.

Omul politic şi oratorul roman, **Marcus Tullius Cicero** (106-43 î.Hr.), autorul celebrelor discursuri-pledoarii critice - *Verinele, Catilinarele şi Filipicele*, scria într-una din cele 931 de „Scrisori":

„Tu, Publius şi toţi cei drepţi, trebuie să vă ţineţi în viaţă, şi să nu dispuneţi de ea fără porunca celui care v-a dat-o, dovedind că nu vă sustrageţi de la misiunea umană pe care v-au încredinţat-o zeii".

Sfântul Augustin (354-430 d. Hr.), cel care a făcut din ideile platoniciene însăşi ideile înţelepciunii divine, cel care vedea în cunoaştere o participare la cunoaşterea divină, cel care a combătut ereziile manicheistă, donatistă şi pelagiană a combătut şi ideea de sinucidere, prin prisma **poruncii** din Vechiul Testament **„Să nu ucizi!"**.

Evul Mediu

În această sumbră perioadă din punct de vedere cultural a fost introdusă noţiunea de **sacralitate a vieţii**.

Creştinismul, Iudaismul şi Islamismul susţineau că **viaţa umană este de origine divină** şi condamnau euthanasia sub orice formă.

Scanned with OKEN Scanner

Societăţile medicale din diverse epoci acordau o importanţă deosebită „jurămintelor", „legămintelor profesionale" sau „angajamentelor" semnate sau rostite de medic la ceremonia de învestitură şi acordarea titlului. Din toate formulările, cu formă mai mult sau mai puţin rituală, se înţelegea clar că **principala obligaţie a medicului era slujirea vieţii omului**.

Confesiunea etică făcută pe calea rugăciunii de medicul, teozoful şi filosoful evreu spaniol **Moses Maimonide**, cunoscut sub numele de **Ramban** (1135-1204), doctorul personal al fiului lui Salah al Dinh (Saladin), imploră pe Dumnezeu astfel:

„Te implor, nu mă lăsa să mă abat de la nobila trudă de ajutorare a semenilor mei. Oţeleşte-mi şi întăreşte-mi puterile trupului şi ale minţii, ca să fiu de-a pururi gata de a le da deopotrivă ajutor celui bogat şi celui sărac, celui bun şi celui rău, celor ce iubesc şi celor ce urăsc şi nu mă lasă să văd în cel bolnav altceva decât omul." Versiunea citată este o traducere din germană şi franceză, publicată în *Buletinul Informativ al Colegiului Judeţean al Medicilor Iaşi* nr. 1 în anul 2001, de Prof. Dr. Gabriel Ungureanu, internist de la Universitatea de Medicină şi Farmacie „Gr. T. Popa" din Iaşi.

Posibilităţile tehnice restrânse şi educaţia religioasă a medicilor în **spirit abstenţionist şi fatalist** fac ca moartea să survină cât se poate de natural, în absenţa vreunei intervenţii decisive, muribunzii fiind lăsaţi în seama preoţilor şi călugărilor.

În această perioadă, **moartea devenise un spectacol** la care participau ca la un fel de datorie toţi cei apropiaţi, urmărind muribundul când îşi dădea ultima suflare. Spectacolul morţii a căpătat o semnificaţie simbolică aparte deoarece reprezenta pasul de **trecere între două lumi**.

În timpul Evului Mediu, în unele societăţi **s-a continuat practica euthanasiei în secret**, chiar dacă era considerată **imorală şi ilegală**. Procedura se punea în aplicare pentru rabie, tuberculoză sau unele boli contagioase.

Oricum, pe vremea aceea, moartea unui bolnav aducea medicului curant o blamare pentru eşec nedorită nu numai de el, ci chiar de societatea medicală (breasla). Un cod al breslei doctorilor din sec. IX-XI recomandă:

„Nimeni nu trebuie să se preocupe în mod conştient de oricine e gata să moară sau e incurabil".

O altă recomandare „Către un tânăr medic" (De Sorbiere, sec. al XVII-lea) prevedea:

Scanned with OKEN Scanner

„A da un elixir pentru a trezi pe oameni dintr-o letargie adâncă, pentru a-i ajuta să se pregătească de moarte, aducându-i în condiţii de a se putea gândi la mântuire".

Renaşterea* şi *Reforma

Ideile vremii au fost impregnate de **umanism**, care au dus prin exagerare mai târziu, în Europa şi SUA la ceea ce se poate denumi mai degrabă **humano – centrism** (antropocentrism).

Ideea determinării morţii reapare în 1516, odată cu publicarea în latină a romanului politic şi social *„Utopia"* al umanistului şi omului de stat englez **Thomas Morus** (1478-1535), care şi-a pierdut viaţa pentru ataşamentul la biserica romano-catolică. În această lucrare, care a transformat un nume propriu al unei insule în substantiv comun, autorul prezintă euthanasia celor gravi bolnavi, chinuiţi de dureri, ca una dintre cele mai importante instituţii dintr-o comunitate ideală imaginară. Omorul din compasiune este văzut de el ca *„un act de înţelepciune, ...un act religios sfânt".*

Cuvântul „euthanasie" a fost introdus abia în 1620 de omul politic, savantul şi filosoful englez **Francis Bacon** (1561-1626), în lucrarea **„Novum Organum"**. Adversar al scolasticii şi partizan al metodei experimentale, el făcea în acea lucrare o nouă clasificare a ştiinţelor. Sensul baconian al utilizării cuvântului avea o tentă filozofică şi nu pragmatică, semnificaţia de **„moarte bună, liniştită, fericită"** putându-se referi la atmosfera din jurul celui care moare.

Secolul al XIX-lea

Perioada, deşi relativ scurtă a reprezentat o mare revoluţie tehnico-ştiinţifică, pe lângă care au existat şi **luări concrete de opinie** asupra euthanasiei.

- „Etica medicală" a lui **Percival** (1803) recomandă ca medicul să nu abandoneze pe bolnavul în faza terminală:

„El (medicul) trebuie să fie mesagerul speranţei şi al confortului; prin compasiune caldă, reînsufleţeşte viaţa care expiră şi contrabalansează influenţa depresivă a bolii".

- În 1870, interesul pentru această opţiune a fost stârnit de **Samuel Williams** care a propus la **„Birmingham Speculative Club"** ca euthanasia să fie permisă *„în toate cazurile de boli însoţite de dureri şi lipsite de speranţă"* cu scopul de a aduce *„o moarte rapidă şi lipsită de dureri"*. Cuvântul **„lipsit de dureri"** are semnificaţie –

Scanned with OKEN Scanner

era vorba de utilizarea medicaţiei antalgice, care avea şi „**efectul dublu**", acela de a aduce moartea la o doză mai mare.

• În următorii 30 de ani, propunerea lui Samuel Williams a fost reluată în reviste de popularizare şi cărţi, discutată în paginile jurnalelor literare şi politice de vază, ca să ajungă să fie dezbătută la întâlnirile societăţilor medicale americane şi ale asociaţilor profesionale ne-medicale. Era înainte de descoperirea antibioticelor, de introducerea ventilaţiei mecanice şi de folosirea dializei. Principiile disputate erau „**Drepturile pacienţilor**", „**îndepărtarea durerii şi suferinţei**", „**pierderea demnităţii**". În 1873, două reviste britanice erau în dispută pe acest subiect. Revista *„Fortnightly Review"* aprecia că **numai euthanasia voluntară era justificată**, în timp ce, trecând peste această restricţie, revista *„Spectator"* susţinea că persoanele care ar avea nevoie cel mai mult de euthanasie sunt **cele incapabile de a-şi da vreun consimţământ.**

• La Londra apare în 1880, cartea lui **W. Munk** *„Euthanasia or Medical Treatment in Aid of an Early Death"*, în care se abordează posibila intruziune a unei decizii medicale în precipitarea unei morţi inevitabile. Opiniile exprimate aici erau în general aprobate de medici, dar erau în contradicţie cu legislaţia timpului, care incrimina ca omucidere orice gest de suprimare a vieţii unui om.

• Deşi în sec. al XIX-lea termenul de „euthanasie" este folosit în sensul provocării morţii printr-o intervenţie activă, pe la 1889, exista şi accepţiunea formulată altfel de medicul englez **William Osler**: *„Dacă o viaţă merită să fie trăită, atunci şi sfârşitul ei merită"*, adică un îndemn de asistare medicală a muribunzilor până la ultima suflare.

• În 1893, **Henri de Mondeville** pleda şi el pentru „**limitarea activităţii medicului prin lipsa de acordare de asistenţă bolnavilor irecuperabili**". El spunea:

„Medicul trebuie să refuze pe cât posibil toate cazurile periculoase şi niciodată nu trebuie să accepte pe bolnavii disperaţi".

• Sec. XIX-lea a lărgit progresiv perspectivele pentru **asistenţa muribunzilor**. Pe la mijlocul secolului a apărut şi ideea unor aşezăminte pentru asistenţa bolnavilor pe moarte. Unităţi de acest tip au apărut ulterior în mai multe ţări. Înfiinţarea unor astfel de „anticamere ale morţii", „aziluri pentru muribunzi" a fost criticată pe motiv că solicitarea unei internări acolo echivalează cu o condamnare.

Practicienii medicinei s-au confruntat adeseori cu solicitări de a provoca o **moarte caritabilă** din motive de compasiune, filantropice

Scanned with OKEN Scanner

– adică să suprime nişte chinuri inutile la muribunzi. Cei care nu au avut sufletul să facă aceasta au administrat unele tratamente paliative (care alină suferinţa, dar nu vindecă).

• Medicul lui Napoleon Bonaparte a avut tăria să-l refuze pe împărat în 1815, când acesta i-a cerut „un medicament fatal", pentru a-l avea în rezervă în cazul pericolului de a fi luat prizonier, după cum nu a fost de acord nici cu uciderea ciumaţilor din Jaffa, care nu puteau fi transportaţi. Împăratul a murit abia în 1821 pe insula Sfânta Elena.

• John Keats (1795-1821), poet romantic englez, muribund de tuberculoză, nu l-a putut convinge pe medicul său să-i administreze o doză mare de laudanum (extract de opium).

• Hector Berlioz (1803-1869), compozitor romantic francez, s-a plâns că:

„Nu s-a găsit nici un doctor care să aibă umanitatea de a pune capăt martiriului surorii mele după şase luni de suferinţă oribilă, făcând-o să inhaleze o sticlă cu cloroform".

Începutul secolului al XX-lea

De la debutul sec. XX-lea statul intervine din când în când în problema euthanasiei, cu unele tentative de legiferare.

În **1903, Asociaţia Medicală Americană** autoriza euthanasia pentru copiii malformaţi şi pentru bolnavii incurabili.

În **1906**, în Ohio a fost înaintată o propunere legislativă intitulată **„Actul cu privire la administrarea medicamentelor la persoanele rănite sau bolnave de moarte"** (An Act Concerning Administration of Drugs to Mortally Injured and Diseased Persons) – cu scopul de a legaliza euthanasia. Ziarul New York Times a publicat timp de luni de zile dezbaterile pe seama acestui act consemnate şi în revistele medicale, luând poziţie fermă împotrivă. Legislativul a **respins cu o majoritate covârşitoare** proiectul de lege.

În plină expansiune a colonialismului, diverşi filosofi, moralişti şi teologi au acceptat **relativitatea valorii individului uman**. În opinia publică se inculca astfel o mai veche idee că **unii oameni sunt intrinsec superiori faţă de alţii**. Această prezumţie a penetrat foarte repede în cultura vestică a timpului. Nu este de mirare că rasele umane au fost împărţite în superioare şi inferioare, iar că în cadrul aceleiaşi rase, fie ea chiar a cuceritorului, **vieţile celor cu boli sau condiţii debilitante au fost considerate de valoare inferioară**.

Scanned with OKEN Scanner

După Primul Război Mondial şi până la sfârşitul Celui de Al Doilea

Între **1920-1945**, euthanasia a fost subiectul unor aprige **controverse** care au zgudui Germania, Anglia şi Statele Unite.

În **Germania**, chiar înaintea ascensiunii lui Hitler la putere, exista deja un climat de opinie favorabil euthanasiei. Au avut loc chiar şi unele pledoarii publice în favoarea acestei practici.

La începutul anilor '20, doi profesori universitari, un jurist - **Karl Binding** ce preda la Leipzig şi un psihiatru **Alfred Hoche** ce preda la Freiburg, publicau o lucrare intitulată *„Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerden Lebens"* **(Dreptul de a distruge vieţile care nu mai merită dificultatea de a fi trăite)**. Ei vorbeau despre „asistarea morţii" de către medic, în condiţii controlate cu grijă, pentru pacienţii care solicită aceasta. Condiţiile erau enunţate - examinarea cererii de euthanasie de o comisie formată din trei experţi (medic generalist, psihiatru, avocat); dreptul pacientului de a-şi retrage oricând cererea şi protecţia legală a medicului care acordă sprijinul. Ei susţineau atât **euthanasia voluntară** cât şi cea **non-voluntară** şi propuneau punerea în practică a unei proceduri legale pentru ea. Autorii acestei cărţi încadrau pacienţii incurabili, bolnavii mintali, persoanele slabe de înger şi copii retardaţi sau cu diformităţi fizice, în categoria **vieţilor care nu merită să fie trăite**, neţinînd seama că aceştia nu solicitau şi nu puteau să solicite să moară. Ei insistă asupra **compasiunii gestului în sine** şi compatibilităţii acestuia cu etica medicală şi asupra **imensei poveri economice** pe care o reprezentau persoanele respective pentru societate.

Ideile lui Binding şi Hoche au influenţat mult concepţia germană, iar cartea lor a fost considerată semnalul de începere a mişcării pro-euthanasie în Germania. Un sondaj de opinie efectuat în 1920 a relevat că 73% dintre părinţii şi tutorii copiilor sever handicapaţi ar fi de acord să le permită medicilor să sfârşească vieţile copiilor lor pe care îi aveau în îngrijire.

Entuziasmul utilitarist al cetăţenilor obişnuiţi, considerat de unii din contemporanii noştri drept *„şocant de primitiv şi vulgar"* trebuie privit însă şi prin prisma ecoului în conştiinţele lor a importantelor pierderi materiale şi de colonii suferite de Germania în Primul Război Mondial.

În 1931, câţiva psihiatri reuniţi în Bavaria, **Germania** au pus problema administrării euthanasiei pentru bolnavii cronici.

Scanned with OKEN Scanner

În 1931, în **Anglia**, Dr. Killick Millard a ales o temă de euthanasie pentru discursul prezidenţial la **Societatea Britanică de Ofiţeri Medicali de Sănătate**. Ulterior discursul a fost publicat într-o carte care conţinea şi textul unui proiect de lege în favoarea euthanasiei voluntare.

În 1935 a fost fondată la **Londra**, **Societatea Engleză de Euthanasie** de către Lordul Moynihan şi Dr. Killick Millard. Obiectivul acesteia este să promoveze legalizarea euthanasiei voluntare şi a introdus **proiectul de lege asupra euthanasiei voluntare în 1936**, prezentat de Lord Ponsoby la Camera Lorzilor. Proiectul de lege prevedea dreptul bolnavului de a muri dacă acesta îşi manifestă dorinţa printr-o cerere scrisă în prezenţa a doi martori, medicul fiind doar arbitru. Bolnavului i se acorda un timp de reflecţie de 5 zile, după care cererea urmează să fie aprobată de tribunal. **Proiectul a fost respins** cu 35 de voturi contra 14, iar tentativa din 1950 a avut aceeaşi soartă.

În 1936, în **Germania nazistă**, unde exista conceptul de *untermensch* = **sub-om**, euthanasia era un subiect la ordinea zilei, încât o importantă revistă medicală germană vorbea despre aceasta fără să stârnească vreo nelămurire sau controversă.

În 1936, în **Anglia** a a avut loc un **omor euthanasic** celebru. Medicul curant al regelui George al V-lea al Marii Britanii, **Dr. Carr** i-a administrat acestuia o supra-doză de fenobarbital. Regele, având diagnosticul indubitabil (de aproximativ un an) de neoplasm bronhopulmonar inoperabil, moare cu câteva ore mai târziu. În faţa tribunalului unde a fost citat pentru crima de omucidere, medicul a tentat o motivaţie de logică şi bun simţ. Procurorul a fost însă de neînduplecat, afirmând:

„Oricât de grav bolnav este un om, ... *el este îndreptăţit să aibă toate orele de viaţă pe care Dumnezeu i le-a hărăzit pe acest pământ. Aceste ore pot fi cele mai preţioase şi importante din întreaga sa viaţă. Pot fi de făcut afaceri, testamente, cadouri, se pot da sau primi iertări, 1001 de motive care să justifice aceste cuvinte...*".

În 1937, în **Statele Unite** au fost supuse mai multe proiecte privind euthanasia în aceeaşi perioadă. Senatorul John H. Comstock din Lancaster a propus un proiect de lege asupra euthanasiei voluntare adunării din Nebraska. În acelaşi an un proiect de lege similar a fost propus în Statul New-York, dar propunerea legislativă a fost respinsă.

În 1938, Reverendul **Charles F. Potter** a fondat **Societatea Americană de Euthanasie**. În anul următor Dr. Foster Kennedy

Scanned with OKEN Scanner

recent ales preşedinte al acestei societăţi, pleda în favoarea euthanasiei non-voluntare, în particular pentru nou-născuţii malformaţi. Unele elemente sugerează că Societatea avea ca obiectiv chiar legalizarea euthanasiei non-voluntare, dar a renunţat la el după ce un sondaj realizat în 1941 a relevat că medicii din Statul New-York nu sunt de acord.

În 1936 a apărut în **Germania** romanul *„Ich klange an"* (**„Eu acuz"**) scris de **Helmut Unger**, care sugera acceptarea unor lucruri inimaginabile până atunci. Autorul relata povestea unui medic a cărui soţie era grav handicapată de o scleroză în plăci. Ea îl imploră să o ajute să moară, iar el acceptă. La proces el pledează pentru a-i fi înţelese motivele onorabile, iar juriul îl achită. După acest roman s-a făcut în 1941, un film, care după rapoartele serviciilor de securitate ale SS, a fost „favorabil primit şi comentat", deşi unii germani erau preocupaţi de posibilitatea unor abuzuri.

Opinia publică a trecut de la întrebările „dacă?", la „de către cine?" şi „în ce circumstanţe?". Ziarele, jurnalele filmate de actualităţi se străduiau să modeleze aceste opinii. Ministerul de Justiţie a descris propunerile de euthanasie ca oferind *„posibilitatea medicilor să pună capăt, la cerere, torturilor pacienţilor incurabili, în interesul adevăratei umanităţi"*.

Primul caz cunoscut de aplicare a acestei propuneri considerate acceptabile a fost **Cazul „Baby Knauer"**. Tatăl acestui copil i-a cerut chiar lui Hitler personal ca să i se permită moartea copilului deoarece acesta era orb, retardat, fără un braţ şi fără un membru inferior. Cazul a fost analizat de medicul personal al dictatorului, Karl Brandt, iar în 1938 s-a dat curs cererii de euthanasie.

În 1939, o comisie numită de **Hitler** a legiferat în Germania uciderea sistematică a bolnavilor psihici şi handicapaţi, creând baza practică pentru un **adevărat genocid**. Spitalul de la Elfing-Haar, condus de doctorul Hermann Pfannmuller înfometa o mulţime de copii handicapaţi, până când aceştia mureau „din cauze naturale". Alte spitale lucrau pe principii asemănătoare, privându-i pe copii de căldură. Personalului medical care nu făceau cu uşurinţă ce li se cerea, li se spunea că nu era vorba de omorâre, ci de „a lăsa natura să-şi urmeze cursul". Cu timpul Pfannmuller a iniţiat o altă *Hungerhauser* (casă de înfometare) pentru bătrâni. La sfârşitul lui 1941, euthanasia se banalizase devenind doar o „rutină normală de spital".

Scanned with OKEN Scanner

Degrevarea statului german de *„învelişurile goale"* era un principiu fundamentat de ideologia naţional-socialistă încă din 1923. În **„Mein Kampf"** Hitler scria: *„Povara economică pe care o reprezintă persoanele suferinde de boli ereditare reprezintă un pericol pentru stat şi pentru societate... Suntem convinşi că în curând fiecare ţară îşi va da seama că puterea sa se regăseşte în puritatea sângelui său şi a spiritului său... Considerăm lipsit de sens ca alienaţii periculoşi pentru societate şi pentru existenţa lor, idioţi care nu cunosc noţiuni elementare de igienă şi nici măcar nu pot să mănânce singuri, să fie crescuţi şi menţinuţi în viaţă cu preţul unor mari eforturi şi a unor mari cheltuieli „.*

La apariţia legii, Hitler vorbea despre **euthanasia activă ca de o „eliberare prin moarte"** a persoanelor care, *„în limitele judecăţii omeneşti şi în urma unui examen medical temeinic, sunt declarate incurabile".*

Ministerul de Interne German a creat **trei organisme însărcinate cu exterminarea oamenilor**: *Asociaţia Filantropică pentru Îngrijiri, Corporaţia de Transport al Bolnavilor* şi *Serviciul Colectiv de Muncă.* Acestea desfăşurau adevărate benzi rulante pentru „eliberarea" bolnavilor, în timp ce alte echipe căutau diagnostice pentru certificatele de deces care urmau să fie transmise familiilor şi aparţinătorilor bolnavilor.

În 1941, profesorul german **Franz Buchner** şi-a deschis cursul de la Institutul de Patologie de pe lângă Universitatea din Freiburg cu **protestul său împotriva programului nazist de lichidare a indivizilor** aşa-zişi *„indezirabili"* şi a bolnavilor incurabili. Protestul era formulat sub forma unei prelegeri despre Jurământul lui Hippocrate, temă ce i-a îngăduit să proclame necesitatea respectului absolut pentru viaţă, pentru orice viaţă omenească:

„...Singurul stăpân pe care trebuie să-l slujească medicul este viaţa. A-l însărcina pe medic să înfăptuiască uciderea bolnavului incurabil înseamnă să-l constrângi la un pact cu moartea. Dar pactizând cu moartea el încetează să mai fie medic!".

La sfârşitul anului 1941, mii şi mii de pacienţi prezentând diverse afecţiuni, atât adulţi cât şi copii, au murit în şase mari centre germane unde se practica euthanasia - Northeim, Sonnenstein, Grafeneck, Bernburg, Brandenburg şi Hadamar. Se renunţase demult la motivaţia unui diagnostic sau prognostic. Nici nu se punea problema consimţământului, iar dosarele medicale erau falsificate pentru ca acest vast program de euthanasie să rămână un secret.

Scanned with OKEN Scanner

S-a ajuns astfel la o situaţie critică în întreaga Germanie cuprinsă de război, încât cei ce nu erau orbiţi de utilitarism au făcut apel la ultimele urme de umanitate şi de etică ale politicienilor şi medicilor naziști. Unii preoţi au avut chiar tăria unor atitudini publice cum a fost **Monseniorul Galen, episcop de Munster**, care comenta: *„Aceşti bieţi bolnavi trebuie să moară din cauză că au devenit nedemni să trăiască după verdictul cutărui medic sau expertiza cutării comisii... Cine oare va mai putea avea de acum înainte încredere în medici?"*

La puţin timp după acest discurs, Episcopul de Munster ca şi Arhiepiscopul de Munchen, au fost arestaţi şi trimişi în lagăre de concentrare. Spre surprinderea generală, a apărut prima mişcare de disidentă colectivă anti - nazistă încât preoţii au fost eliberaţi, iar protestele publicului l-au obligat pe Hitler să tempereze programul de euthanasie asupra adulţilor, dar euthanasia copiilor malformaţi sau a celor cu deficienţe mintale a fost continuată până la sfârşitul războiului.

Anumite tehnici dezvoltate în scopul acestui program de euthanasie, cum ar fi utilizarea monoxidului de carbon sau a cianurii, au fost aplicate în continuare întregii populaţii evreieşti din teritoriile germane, cât şi grupelor populaţionale considerate ca *„rase impure"*.

Doctorul Poitrot a studiat după război efectele programului de euthanasie din Germania. În 1949 el a declarat:

„În această acţiune trebuie să vedem rezultatul logic al doctrinei naţional-socialiste care, printr-o demonstraţie crucială, îşi ilustrează clar natura şi tendinţele".

Academia Franceză a **respins categoric** *„orice metodă activă, având ca scop moral moartea incurabililor, anormalilor, diformilor sau deficienţilor, deoarece ... orice doctrină medicală sau socială care nu respectă principiile vieţii, ajunge inevitabil la abuzuri criminale"*.

Euthanasia practicată în Germania nazistă a fost şi continuă să fie condamnată din punct de vedere teologic, moral filosofic, medical şi juridic - de toată lumea.

Euthanasia după Cel de-al Doilea Război Mondial

La audierea lui **Karl Brandt**, medicul personal al lui Hitler, la **Procesul de la Nurenberg** el se apăra, spunând:

„Motivul principal a fost dorinţa de a-i ajuta pe cei care nu se pot ajuta singuri şi continuă să trăiască în chinuri... A face apel la

Scanned with OKEN Scanner

Jurământul lui Hippocrate astăzi, înseamnă să proclami că invalizilor şi persoanelor cu dureri mari nu trebuie să le dai otravă. Dar orice medic modern care face atât de retoric o asemenea declaraţie incalificabilă este ori mincinos, ori ipocrit. ... Niciodată nu am avut o altă intenţie şi nu am făcut altceva decât să scurtez existenţa torturată a acestor nefericite creaturi." Singurul său regret era posibila durere a rudelor celor omorâţi.

În 1950, după Procesul de la Nurenberg, **Asociaţia Medicală Mondială** a condamnat practica euthanasiei, dar cea de-a doua jumătate a secolului nostru a cunoscut numeroase ***încercări de modificare a legislaţiei asupra euthanasiei***, obţinându-se, iniţial, în unele state, autorizarea unor tipuri sau forme de euthanasie.

Literatura medicală şi juridică şi presa a prezentat numeroase cazuri când medicul „a dat" sau „a făcut" ceva pentru a provoca moartea unui bolnav la cererea acestuia sau a familiei. Cu toate acestea, deşi legile în vigoare stipulau clar că nici măcar consimţământul victimei nu justifică omorul, în majoritatea cazurilor urmărite în justiţie, instanţa a dat pedepse simbolice sau achitări, dovedind clemenţă şi toleranţă.

Se pare că în **Uniunea Sovietică** au fost situaţii când s-au întreprins „euthanasieri" a unor bolnavi psihici (sau poate a unor oponenţi ai regimului comunist), dar până în acest moment nu s-au publicat date clare. În anii '60 şi '70 lumea a devenit conştientă de utilizarea spitalizărilor psihiatrice de către mai toţi conducătorii totalitari, dar mai ales în URSS, ca un **mijloc de a discredita opiniile politice ale dizidenţilor** care nu erau de acord cu politica promovată de stat.

În 1971, **Federaţia Mondială pentru Sănătate Mintală** a fost prima organizaţie non - guvernamentală internaţională care a dat o rezoluţie prin care se **condamna abuzul psihiatriei sovietice**, iar rezoluţia a fost repetată timp de câţiva ani la rând, la fiecare din congresele anuale.

În 1950, în **Anglia, Dr. Herman Sander** a fost acuzat că *„a ucis prin injectare de aer în vasele sanguine o femeie bolnavă de cancer, urmărind prin aceasta să pună capăt suferinţelor ei în momentul în care boala ajunsese într-un stadiu incurabil"*. Aprecierea doctorului a fost: *„Pacienta a murit uşor"*. În apărarea medicului s-a invocat teza că, de fapt, în momentul administrării injecţiei, bolnava n-ar mai fi fost în viaţă. Expertiza anatomo-patologică a apreciat că din

Scanned with OKEN Scanner

cauza venelor trombozate injectarea aerului s-a făcut paravenos. Instanţa l-a achitat, dar **Asociaţia Medicală Britanică** i-a retras dreptul de practică medicală invocând încălcarea *„îndatoririlor morale care decurg din natura profesiei şi din lege"*. Dreptul de practică a fost recăpătat după recursul în justiţie.

Mai multe **procese de omor euthanasic** care au fost mediatizate în epocă:

- Cazul celebru al verişoarei reginei Angliei care a recurs la euthanasia copilului său de 6 luni ce prezenta handicapuri morfologice grave - fiind vorba, de fapt, de o euthanasie eugenică.
- Cazul unui procuror de republică din Italia, care a recurs la euthanasie activă în cazul soţiei suferinde de hemiplegie.
- Cazul inginerului Dmetro Huzar din Franţa care şi-a spânzurat fetiţa bolnavă incurabilă în 1962.
- Cazul lui Livio Daviani care şi-a aruncat fiul handicapat în râul Tibru.

Euthanasia a scos pe tapet numeroase **chestiuni de morală şi conştiinţă profesională**, care au dat naştere la interminabile **discuţii aprinse şi controverse** între medici, clerici, psihologi şi jurişti, chiar dacă era privită ca un gest de solicitudine faţă de un muribund - scurtarea vieţii la o comă depăşită, a agoniei unui canceros, sau a calvarului unui paralitic.

În 1952, în **Anglia**, *Camera Lorzilor* a redeschis dezbaterile privind legalizarea euthanasiei voluntare.

În 1954, medicul american **Joseph Fletcher**, care era profesor de deontologie la Universitatea din Virginia - considerat de unii **părintele Eticii Medicale** - publică **„Morală şi Medicină"** (Morals and Medicine), prezicând controversele viitoare asupra **„dreptului de a muri"**.

În 1957, **Papa Pius al XII-lea** emite doctrina catolică care distinge mijloacele terapeutice pentru menţinerea vieţii în ordinare şi extraordinare.

În 1958, Doamna **Lael Wertenbaker** publică **„Moartea unui om"** (Death of a Man) descriind cum l-a ajutat pe soţul ei să se sinucidă. Este prima carte-confesiune cunoscută de acest gen.

În 1958, **Glanville Wiliams**, profesor de drept la Oxford publică o carte **„Sanctitatea vieţii şi Dreptul Penal"** (The Sanctity of Life and the Criminal Law) în care propune ca să fie permisă euthanasia voluntară la bolnavii competenţi, aflaţi în stadii terminale de boală. El arăta că nu este judicios ca speţele de euthanasie să fie judecate

Scanned with OKEN Scanner

după **prevederile în materie de omor din Codului Penal**. El subliniază :

1. dificultatea de a dovedi criteriul obligator al intenţiei, pentru a proba vinovăţia, mai ales în acţiunile împotriva doctorilor;
2. reţinerea procurorilor de a urmări pe medicii care au acţionat cu bună credinţă (iar discreţia procurorilor în această privinţă nu are egal);
3. refuzul juriului de a condamna în cazurile de ucidere din milă, chiar şi atunci când probele sunt evidente;
4. de pedepse relativ uşoare în cazurile în care se ajunge la o condamnare. (Mc Lean Sheila; Maher, G. - 1986)

Lucrările lui Glanville Williams cât şi publicarea operei reverendului **A. B. Downing**, „**Euthanasia şi dreptul la moarte**“ (Downing, 1969) de au deschis drumul unui **proiect de lege din 1969** privind euthanasia voluntară, susţinută de către Lordul Raylan la Camera Lorzilor. Acest proiect a fost însă respins cu 61 de voturi contra 41.

După 1960, în societatea americană şi cea vest-europeană a început să fie înlocuită ideea de **paternalism binevoitor** cu **dreptul absolut la autonomie (la alegere) al individului.**

În 1964, în **Suedia**, Ordinul Medicilor autoriza scurtarea vieţii bolnavilor incurabili.

În 1966, **Joseph Fletcher** publică o nouă carte, „**Etica situaţională: Noua moralitate**“ (Situation Ethics: The New Morality) unde este descrisă schimbarea generală de atitudine în relaţia medic-pacient şi în relaţia bolnav-societate.

În 1967, în **SUA** avocatul **Louis Kutner** redactează primul „living will“ (dorinţă pentru timpul vieţii), introducând acest termen, care desemnează un act prin care se refuză anticipat un anume tratament medical, în anumite condiţii. Argumentele de susţinere au apărut în „**The Indiana Law Journal**“. El a întocmit acest tip de document cu funcţie de **directivă dată în avans**, pentru **Societatea de Euthanasie din America**, denumită astăzi **Alegerea modului de a muri** (Choice in Dying).

În 1967, Dr. Walter W. Sackett introduce un proiect legislativ în **Statul Florida** pentru dreptul de a muri **(Right to die bill)**. Proiectul a fost dezbătut pe larg, dar nu a avut succes.

În 1968, nişte medici de la „**Harvard Medical School**“ propun **redefinirea morţii**, prin includerea morţii cerebrale şi a morţii cardio-pulmonare. Definiţia va fi acceptată treptat.

Scanned with OKEN Scanner

În 1969, o mai veche **Societate Engleză de Euthanasie** a devenit **Societatea Engleză de Euthanasie Voluntară**. Ea va primi ulterior numele de „**Exit**".

În 1969, este propus un **proiect de lege pentru euthanasia voluntară** (Voluntary euthanasia bill) în legislaţia **Statului Idaho** din SUA, dar este respins.

În 1969, **Elisabeth Kubler-Ross** publică „**Despre moarte şi a muri**" (On Death and Dying), deschizând discuţii asupra unui subiect tabu odinioară.

În 1970, **Societatea de euthanasie din Statele Unite** (The Euthanasia Society -US) distribuie 60.000 de living wills.

În 1970, **Papa Paul al VI-lea** se opune reanimării bolnavilor aflaţi în fază terminală de boală.

În 1971, un comitet special al Direcţiei Ştiinţei şi Educaţiei a **Asociaţiei Medicilor Englezi** (British Medical Association) a publicat un raport intitulat „**Problema euthanasiei**", care condamna euthanasia voluntară.

Tot în acelaşi an, 1971, a fost publicată replica Societăţii Engleze pentru Euthanasia Voluntară, intitulată „**Medicii şi euthanasia**" (Trowell, 1973).

Începând cu anii '70 s-au înmulţit congresele, manifestările şi societăţile care **denunţă „morala insensibilă"** şi dispoziţiile codului penal ce interzic corpului medical să provoace moartea, chiar atunci când aceasta este dorită şi considerată o binefacere de bolnavul atins de o maladie incurabilă sau supus unor suferinţe atroce şi inutile. O părere relativ nouă în legătură cu discuţiile contradictorii sugerează că **dreptul bolnavilor trebuie să prevaleze asupra normelor etice**.

În 1972, acelaşi celebru **Joseph Fletcher** încearcă o **sistematizare a bolilor incurabile**, cu stadii terminale lungi şi dureroase pe baza unor elemente clinice. Pentru aceasta a analizat conştiinţa, limbajul, activitatea motorie. Erau pe listă boli precum cancerul, anomaliile cromozomiale cu consecinţe severe (trisomia 13), demenţa senilă avansată, paralizia consecutivă unui accident vascular cerebral. Nu au intrat însă copiii cu malformaţii compatibile cu viaţa şi nici bătrânii cu demenţă moderată.

O **altă sistematizare** împărţea bolnavii susceptibili de a primi euthanasie în trei grupuri:

Grupul I - bolnavii în fază terminală, care prezintă dureri sau care au de trăit numai câteva zile, cel mult 1-2 luni;

Scanned with OKEN Scanner

Grupul II - persoane deficitare psihic sau cu mari deficienţe fizice, senilitate avansată cu dezagregarea personalităţii, bolnavii în condiţii de viaţă vegetativă (cu moarte cerebrală: absenţa activităţii electro-encefalografice);

Grupul III - nou-născuţii cu grave anomalii mintale sau fizice, indiferent dacă speranţa lor de viaţă este scurtă sau normală.

În ciuda faptului că aceste sistematizări au fost concepute, ele nu au fost impuse pe plan terapeutic. Practica medicală nu şi-a permis manifestări agresive faţă de bolnav, care ar fi putut fi categorisite ca non - medicale, decât în rarisime excepţii.

În 1974, Dr. Joseph Fletcher înregistrase **8 tipuri de opinii** asupra **oportunităţii întreruperii cursului vieţii** unui incurabil agonic, într-o comunicare prezentată la Conferinţa de Euthanasie din New York. O singură opinie afirma că deoarece viaţa este o valoarea supremă, agonia unui bolnav incurabil nu trebuie scurtată, dar celelalte opinii erau diferite. Acestora din urmă li s-au pus o serie de **întrebări**:

- Cine decide că nu mai este nici o speranţă de salvare a bolnavului şi cum se pot evita greşelile?
- Cine dă asigurarea că medicii nu vor abuza de dreptul care li se dă?
- Practicanţii profesiunii medicale nu-şi vor pierde astfel încrederea bolnavilor?

În 1973, **Canada** *a scos de sub jurisdicţia criminală* **tentativa de sinucidere**, reducând astfel consecinţele juridice ale euthanasiei voluntare şi ale celei auto-administrate.

În 1973 se înfiinţează în **Olanda** societăţi pentru euthanasie voluntară ca urmare a **cazului doctoriţei Gertruida Postma**.

În 1973, **American Hospital Association** creează „**Proiectul de Drepturi ale Pacientului**“ (Patient Bill of Rights), care include consimţământul obţinut pe bază de informare prealabilă (informed consent) şi dreptul de a refuza tratamentul (the right to refuse treatment).

În 1973, în **Statele Montana** şi **Oregon** au fost supuse la vot adunărilor legislative **proiectele de legi privind euthanasia**, care nu au fost adoptate însă.

În 1974, **Societatea de Euthanasie din New York** (The Euthanasia Society in New York) este redenumită **Societatea pentru Dreptul de a muri** (The Society for the Right to Die).

Prima **casă de sănătate pentru muribunzi** (The first American hospice) se deschide la New Haven, Connecticutt.

Scanned with OKEN Scanner

În 1974, **Dr. George Mair** publică în Anglia o carte „**Confesiunile unui chirurg**", în care dă detalii despre un caz de euthanasie voluntară practicat într-un spital.

În 1975 s-a introdus în statul **Florida** un proiect de lege pentru utilizarea **voinţelor pentru timpul vieţii** (living wills). **Asociaţia persoanelor retardate** şi alte grupuri care apără pe handicapaţii mintali au combătut acest proiect care a putut fi oprit pentru câţiva ani doar.

În 1975, familia de profund religioşi Van Dusen **se sinucid împreună**. Henry P. Van Dusen, de 77 de ani şi soţia lui, Elizabeth, de 80 de ani, conducătorii unei mişcări ecumenice creştine au preferat să moară, decât să sufere în condiţii invalidante. Ei au lăsat un bilet pe care au scris:

„We still feel this is the best way and the right way to go." (Noi credem că este modalitatea cea mai bună şi mai dreaptă de a ne petrece).

În 1975, Societatea **Olandeză** de Euthanasie Voluntară (NVVE) lansează „**Serviciul de ajutor al membrilor**" (Members' Aid Service) pentru a da sfaturi celor aflaţi pe moarte şi primeşte 25 de cereri de ajutor în primul an.

În 1976 se înfiinţează în **Germania**, o Societate pentru euthanasie voluntară.

Obiectivele **societăţilor** ***pro-choice*** (pentru dreptul la alegere) sunt diferite, unele pledând doar pentru euthanasie pasivă, iar altele şi pentru cea activă în cazul în care suferinţele pacientului devin de nesuportat şi dacă aceasta este voinţa lui explicită. Astfel, persoanele încă valide sunt încurajate să semneze un text precizând condiţiile în care corpul medical le va scurta suferinţele. Scopul principal este de a obţine de la autorităţi afirmarea legalităţii **„declaraţiei atestând voinţa de a muri cu demnitate"**, a **dreptului de a muri la cerere**, a dreptului la **„suicidul asistat medical"**. Toate acestea sunt considerate expresii ale drepturilor subiective, ale opţiunilor libere.

În 1976, Curtea Supremă a Statului New Jersey permite părinţilor fetei Karen Ann Quinlan să o deconecteze de pe respiratorul care o ţinea în viaţă, susţinând că ea însăşi ar fi dorit aceasta. **Cazul Quinlan** devine un prototip de luptă medico-juridică, iar fata va supravieţui încă 8 ani.

În 1976, statul California a adoptat **„Actul asupra morţii naturale"** (California Natural Death Act), primul sprijin pentru naţiunea americană în statutele muribunzilor. Prin el se oferea legitimitate **do-**

Scanned with OKEN Scanner

rinţei pentru timpul vieţii - living will care autoriza refuzul prealabil al pacientului faţă de tratamentele pentru prelungirea vieţii, în cazul în care moartea era considerată un eveniment relativ apropiat. Totodată erau protejaţi medicii faţă de urmărirea în justiţie în cazul eşecului de a trata o boală incurabilă.

„**Actul asupra morţii naturale**" prevede, printre altele, că:

„Legiuitorul estimează că prelungirea vieţii persoanelor afectate de o boală fatală poate duce la pierderea demnităţii pacientului, la suferinţe importante şi inutile precum şi la greutăţi afective şi financiare ale familiei lui, în lipsa unei necesităţi medicale sau a unei beneficienţe a bolnavului".

Atât partizanii cât şi opozanţii euthanasiei estimează că aceste legi au constituit un pas înainte spre legalizarea euthanasiei, căci în 1976 încă 10 state americane introduc **legi pentru moarte naturală**.

În 1976, în **Japonia**, un spaţiu de civilizaţie şi cultură a cărui tradiţie este depărtată, la propriu şi la figurat, de cea euro-americană, unde **moartea prin sinucidere este nu numai o onoare ci şi o obligaţie în anumite circumstanţe**, a fost înfiinţată „**Societatea japoneză pentru a muri cu demnitate**" (Japan Society for Dying with Dignity).

În 1976 are loc „**Prima întâlnire internaţională ale grupurilor pentru dreptul de a muri**" (First international meeting of right-to-die groups). În Tokyo există deja 6 grupuri.

În 1978, americanul **Derek Humphry** publică la Londra cartea „**Jean's Way**", (Calea Jeniei) povestind cum şi-a ajutat soţia să moară, conform unui pact făcut anterior.

În 1978, **Doris Portwood** publică cartea, considerată ca un eveniment de marcă, „**Sinuciderea de bun-simţ: Dreptul final**" (Commonsense Suicide: The Final Right). El pretinde că persoanele vârstnice cu sănătate precară pot fi justificate în tentativele lor de suicid.

În 1978 se joacă la Londra şi pe Broadway „**Whose Life Is It Anyway?**" (A cui este viaţa asta, la urma urmei?), o **piesă de teatru** despre un tânăr artist care devine tetraplegic şi insuficient renal, dependent de dializă cronică iterativă. **Versiunea cinematografică** apare în 1982, unde rolul pacientului este jucat de Richard Dreyfuss. Personajul care este înconjurat de un personal medical superior, mediu şi inferior de cea mai bună calitate, mânat de cele mai bune intenţii şi devotament, se bucură de toată atenţia posibilă şi imagina-

Scanned with OKEN Scanner

bilă, dar ideea prelungirii acestei vieţi îi repugnă. Un avocat tânăr şi prezumţios îi propune să dea spitalul în judecată pentru a obţine încetarea tratamentelor (dializa renală în primul rând) şi dreptul de a muri, deşi asigurarea medicală îi permitea să se bucure de îngrijiri medicale pe timp nelimitat. După o tulburătoare auto-analiză, personajul alege să moară împăcat.

În 1979, artistul **Jo Roman**, muribund de cancer, se sinucide în timpul unei mult anunţate întâlniri de prieteni, care ulterior este transmisă pe canalele televiziunii publice, iar un reportaj consistent despre acest eveniment apare în ziarul New York Times.

În 1979, apare o sciziune între două organizaţii pentru dreptul de a muri. **Societatea pentru Dreptul de a muri** (Society for the Right to Die) se separă de **Grija pentru a muri** (Concern for Dying), un grup desprins din **Consiliul Societăţii de Educaţie pentru Euthanasie** (Society's Euthanasia Education Council).

Euthanasia azi

Trebuie să ne reamintim că în **Marea Britanie** au fost prezentate Parlamentului, în repetate rânduri (1936, 1950, 1969), proiecte de lege pentru legalizarea euthanasiei voluntare - care nu au fost validate. Aceste proiecte de lege stipulau asigurări că cererea pacientului era sigur voluntară.

În 1980, Societatea **Scottish Exit** îşi asumă independenţa sub auspiciile lui **George Mair** şi a **Sheilei Little**, ieşind din **Societatea Engleză Exit**. Ei publică primul **Ghid pentru sinucidere** din lume - **„Cum să mori cu demnitate" (How to Die With Dignity)**. Prefaţa ghidului a fost semnată de faimosul autor englez de origine maghiară, **Arthur Koestler** care scrisese cartea **„Întunecime la amiază"** (Darkness at noon). Cartea nu s-a distribuit prin librării, ci doar prin comandă personală la poştă sau la televiziune.

În 1980 se formează în Anglia, la Oxford **Federaţia Mondială a Societăţilor pentru Dreptul de a Muri** (World Federation of Right to Die Societies). Ea cuprindea 27 de grupuri din 18 naţiuni.

În 1980, coloana de sfaturi pentru cititori „Dear Abby", a unui ziar săptămânal american publică o scrisoare de la un cititor care agoniza lângă o altă persoană dragă muribundă. Ca urmare la **Society for the Right to Die** au fost primite 30.000 de cereri pentru directive de îngrijiri date în avans.

În 1980, **Papa Ioan Paul al Doilea** emite **„Declaraţia asupra euthanasiei"**, în care se opune omorului din milă, dar prin care se

Scanned with OKEN Scanner

permite folosirea mai largă a antalgicelor pentru a uşura durerea şi dreptul de a refuza măsurile extraordinare de susţinere a vieţii.

În 1980, **Derek Humphry**, autorul cărţii „Jean's Way", fondează la Santa Monica, California, **Statele Unite**, **Societatea Hemlock** (US Hemlock Society), cu scopul de a susţine schimbările legislative şi de a distribui informaţii despre modalităţile de a muri. Numele a fost ales după numele plantei **cucuta** - *Conium maculatum,* ca aluzie la auto-otrăvirea lui Socrate cu sucul acestei plante, la sentinţa de moarte impusă de tribunalul din Atena. Societatea va lansa campania pentru asistarea morţii în America, iar numărul membrilor ei va ajunge la peste 50.000 în mai puţin de 10 ani.

În 1980, în Germania şi Canada se formează societăţi care militează pentru dreptul de a muri.

În 1981, **Societatea Hemlock** publică un **Ghid pentru sinucidere** intitulat **„Lăsaţi-mă să mor înainte să mă trezesc"** (Let Me Die Before I Wake), prima carte de acest gen care s-a vândut liber în librării.

În 1981, **Nicholas Reed**, membru al **Societăţii Engleze de eutanasie voluntară**, este băgat în închisoare pentru asistarea unor sinucideri.

În 1982, în **Elveţia** este înfiinţată **Societatea pentru a muri uman - EXIT** (Society for Human Dying). Unul din fondatorii ei şi preşedintele ei pentru mulţi ani a fost Prof. **Meinrad Schaer**, medic.

În 1983 se exprimă îngrijorarea juriştilor americani în legătură cu publicarea **Ghidului pentru sinucidere**, iar procurorul general caută o excepţie care să oprească distribuirea liberă a cărţii.

La 3 martie 1984, la **Londra**, **Arthur Koestler**, **fiind bolnav în stare terminală** şi soţia sa **Cynthia** s-au sinucis simultan, motivând că el suferea de boala Parkinson, iar suferinţa lor în cuplu era lipsită de demnitate. Cynthia nu era pe moarte, dar ea a preferat să se sinucidă împreună cu soţul ei, ca să nu sufere de doliu şi singurătate. S-ar putea privi acest gest-eveniment prin prisma **legendei lui Phylemon şi Baucis**, care i-au cerut lui Jupiter - ce voia să le fie recunoscător pentru o frumoasă găzduire pe când era travestit în muritor de rând - să le sfârşească vieţile împreună, în acelaşi timp.

În 1983, în **cazul Elizabeth Bouvia**, o tetraplegică suferind de paralizie cerebrală dă în judecată un spital din California ca să fie lăsată să moară de foame, chiar dacă primeşte îngrijiri pentru confort. Acţiunea ei nu are câştig de cauză, dar ea face apel.

Scanned with OKEN Scanner

În 1984 sunt recunoscute **valabile „directivele de îngrijiri date în avans"** în 22 de state americane şi în Districtul Columbia.

În 1984, Curtea Supremă a **Olandei aprobă euthanasia voluntară în anumite circumstanţe.**

În 1985 moare **Karen Ann Quinlan**, iar autopsia şi cercetarea anatomo-patologică relevă leziuni talamice mai importante decât cele de la nivelul cortexului.

În 1985, **Betty Rollin** publică **„Ultima dorinţă"** (Last Wish), relatarea ei asupra modului cum a ajutat-o pe propria mamă să moară, după o luptă îndelungă şi perdantă cu un cancer de sân. Cartea devine un best-seller.

În 1985, Lordul Jenkins prezintă Camerei Lorzilor un proiect de a revoca o clauză relevantă a **Actului englez asupra suicidului**, dar acesta este respins.

În 1986, **Roswell Gilbert** de 76 de ani, este condamnat în Statul Florida la 25 de ani fără suspendare sau eliberare condiţionată (without parole), pentru că şi-a împuşcat soţia bolnavă în stadiu terminal. Cinci ani mai târziu, însă, este iertat.

În 1986, în **cazul Elizabeth Bouvia**, i se recunoaşte acestei femei dreptul de a refuza alimentarea forţată prin decizia unei curţi de apel. Ea şi-a declinat însă dreptul de a muri, iar în 1998 era încă în viaţă.

În 1986 este fondată în California, Societatea **Americanii împotriva suferinţei umane** (Americans Against Human Suffering), care lansează o campanie pentru ceea ce va deveni în 1992 - **California Death with Dignity Act.**

În 1987, **Conferinţa Baroului Statului California** (The California State Bar Conference) emite **Rezoluţia 3-4-87**, care va deveni prima lege publică, prin care **se admite ajutorul medicului pentru a muri.**

În 1988 are loc **Cazul Debbie**, când **JAMA** (Journal of the American Medical Association) publică **„It's Over, Debbie!"** (S-a terminat, Debbie!), un articol nesemnat în care se descrie cum un medic rezident îi face o injecţie letală unei tinere femei muribunde de un cancer ovarian, la cerea acesteia. Procurorul public a făcut un efort intens, dar lipsit de succes pentru a identifica pe autorul euthanasiei voluntare.

În 1988, **Asociaţia de Congregaţii Unitarian Universale** (Unitarian Universalist Association of Congregations) emite o rezoluţie naţională care susţine ajutorul spre a muri ce trebuie dat bol-

Scanned with OKEN Scanner

navilor terminali, fiind **primul grup religios care afirmă Dreptul la a muri.**

În 1990, în **Statul Washington** se înregistrează **Inițiativa 119,** primul referendum de stat asupra ideilor de euthanasie voluntară și suicid asistat medical.

În 1990, **AMA** (American Medical Association) adoptă o poziție formală prin care, în cazul unui consimțământ bazat pe informare prealabilă, un medic poate să nu administreze sau să întrerupă un tratament al unui bolnav care este în pragul morții și poate de asemenea să întrerupă mijloacele de susținere a vieții la un pacient în comă permanentă.

În 1990, **Dr. Jack Kevorkian** asistă moartea bolnavei **Janet Adkins,** o femeie de vârstă mijlocie suferindă de boala lui Alzheimer. Kevorkian va determina tentative ale legislativului din statul Michigan de a-l opri să mai asiste alte cazuri.

În 1990, Curtea Supremă a SUA ia decizia în **Cazul Cruzan,** prima hotărâre judecătorească în problema ajutorului pentru moarte. Decizia recunoaște că adulții competenți au un **interes de libertate** (liberty interest) apărată de Constituția Americană, care include dreptul de a refuza tratamentul medical. Curtea a îngăduit totodată ca un stat să-și impună garanții procedurale, cu scopul de a-și apăra interesele.

În 1990, **Societatea Hemlock** din **Oregon** introduce **Death With Dignity Act** în legislatura Oregonului, dar legea nu este aprobată de comitet.

În 1990, **Congresul American** aprobă **Patient Self-Determination Act** (Actul pentru auto-determinarea pacientului), cerând spitalelor care se întrețin din fonduri federale să spună pacienților că ei au dreptul să ceară și să refuze tratamentul. Anul următor Actul va deveni operant.

În 1991, **Dr. Timothy Quill** scrie despre „**Diane**" în „**New England Journal of Medicine**", descriind cum i-a procurat el medicamente letale unei paciente cu leucemie care a preferat să se omoare, decât să fie supusă unei terapii care oferea doar 25% șanse de supraviețuire și o mulțime de efecte secundare indezirabile.

În 1991, Sondajul National Gallup arată că 75% din americani sunt de acord cu *living wills*-urile.

În 1991, **Derek Humphry** publică „**Ieșirea finală: Sfaturi practice pentru auto-eliberare și suicid asistat pentru a muri**" (**Final Exit:**

Scanned with OKEN Scanner

The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for Dying). Considerată un best-seller - în mai puţin de un an şi jumătate s-au vândut peste 540.000 de exemplare - **Final Exit** a fost tradusă în alte 12 limbi, iar vânzările totale au depăşit un milion de exemplare. În această carte erau popularizate ideile din cartea „How to Die with Dignity" publicată de **Societatea Scottish Exit - Voluntary Euthanasia Society of Scotland - VESS**, în anul 1980.

În 1991 se formează Societatea **Alegerea modului de a muri** (Choice in Dying), prin unirea a două societăţi care sprijină dreptul de a muri - **Grija pentru procesul de a muri** (Concern for Dying) şi **Pentru Dreptul de a muri** (Society for the Right to Die). Noua organizaţie se face cunoscută pentru apărarea drepturilor pacienţilor şi pentru promovarea de *living wills;* în cinci ani va număra până la 150.000 de membri.

În 1991, alegătorii din Statul **Washington** resping cu 54 - 46% **Iniţiativa 119**, prin care se tenta legalizarea suicidului asistat medical şi ajutorul pentru a muri.

În 1992, Societatea **Americanii pentru moartea cu demnitate** (Americans for Death with Dignity), cunoscută anterior sub numele **Americanii împotriva suferinţei umane** (Americans Against Human Suffering), introduc **The California Death with Dignity Act** pe lista de votare ca **Proposition 161**.

Tot în 1992, alegătorii din **Statul California** resping **Proposition 161**, care ar fi permis medicilor să grăbească survenirea morţii prin administrarea activă sau prescrierea de medicamente pentru autoadministrare pacienţilor bolnavi terminali care se chinuie. Votul a fost tot 54- 46%.

În acelaşi an 1992, sănătatea devine o marotă politică majoră, în măsura în care **candidaţii la preşedinţia S.UA**. dezbat probleme de adresabilitate, acces la îngrijiri medicale, costuri mereu crescânde şi posibilitatea necesităţii unor raţionalizări.

În 1990, **Roland Boyes** prezintă în Parlament Englez un proiect de lege pro-euthanasie care este însă respins. Legea din **Anglia** consideră euthanasia activă voluntară ca **omor**, dar există totuşi o mare discrepanţă între lege şi punerea ei în practică. În cazurile de boli grave, adesea rigorile ei se mai relaxează. Nu se mai fac incriminările, iar urmăririle se fac în temeiul unor delicte mai mici.

În 1992, **Dr.Cox**, un medic practician englez a fost condamnat cu suspendare pentru **tentativă de omor** asupra unei paciente vârst-

Scanned with OKEN Scanner

nice, **Doamna Boyes**, deoarece el îi grăbise moartea atunci când ea i-a cerut să-i pună capăt durerilor.

În 1993 are loc **Cazul Bland**. Camera Lorzilor a considerat că prelungirea vieţii prin hrănire artificială nu era benefică pentru Tony Bland, aflat în stare vegetativă persistentă. **Îndepărtarea tubului de hrănire artificială** a fost considerată doar o **omisiune** - justificată de **interesul major al pacientului** (for the patient's best interest).

În 1993, **Societatea Scoţiană pentru Euthanasie Voluntară (Voluntary Euthanasia Society of Scotland - VESS)** a republicat primul **Ghid de auto-liză (How to Die With Dignity)**, adăugând la acesta un **supliment** elaborat pe baza unor cercetări ştiinţifice internaţionale (International Drugs Consensus Working Party) intitulat **„Medicamente pentru trecerea în lumea cealaltă" (Departing Drugs)**. Aici erau aduse publicităţii o întreagă serie de informaţii în legătură cu cele necesare pentru o sinucidere eficientă şi se încerca lămurirea unor chestiuni controversate prezentate de presă. Fiind concepute ca o instituţie non-profit, încercând să respecte normele etice generale, aceste publicaţii nu erau disponibile pentru marele public şi pentru minori, ci doar prin comandă cu livrare la domiciliu făcută prin poştă, televiziune sau WEB-INTERNET.

Societatea Scoţiană pentru Euthanasie Voluntară - Voluntary Euthanasia Society of Scotland (**VESS**), funcţionează în **Scoţia** ca urmaşă a societăţii **Scottish Exit**. Ea are un spaţiu rezervat (site) pe WEB Internet, şi face anchete printre utilizatorii acestuia cu privire la **oportunitatea legalizării euthanasiei.** Dacă pacientul moare ca rezultat al ingerării unor medicamente procurate de alţii, se consideră că s-a **încurajat şi s-a ajutat la efectuarea unei sinucideri**, act fără nici o conotaţie criminală. **VESS** nu este o organizaţie sectară, incluzând printre membrii ei creştini de mai multe feluri, inclusiv romano-catolici, budişti, membri ai altor credinţe, umanişti, agnostici şi atei. Ei consideră că abordarea religioasă a euthanasiei trebuie făcută de fiecare în parte, cu sau fără sfătuitorul său spiritual, în funcţie de propria credinţă.

În 1993, s-a alcătuit un **Comitet al Camerei Lorzilor** pentru investigarea euthanasiei şi a actelor prin care se exprimă dorinţele de a nu mai fi tratat în anumite condiţii ce pot surveni în viitor (*living wills*).

În 1993 se definitivează legile pentru **„directivele date în avans"** în 48 de state americane, urmând ca în mod iminent şi celelalte două să le aprobe.

Scanned with OKEN Scanner

În 1993, în statul **Washington** este fondată Societatea **Compasiune pentru cei ce mor** (Compassion in Dying), cu scopul de a-i sfătui pe cei bolnavi terminal şi de a le pune la dispoziţie informaţii asupra modului cum se poate muri fără suferinţă şi *„cu asistenţă personală, dacă este nevoie, pentru a grăbi moartea în mod intenţionat"*. Grupul sponsorizează urmăririle în justiţie ale legilor statului care se opun suicidului asistat.

În 1993, **Preşedintele SUA** de atunci **Bill Clinton** şi soţia sa **Hillary Rodham Clinton** susţin în mod public directivele date în avans şi semnează ei înşişi *living wills*, după moartea lui Hugh Rodham, tatăl lui Hillary.

În 1993 se formează un comitet de acţiune politică, **Oregon Right to Die**, cu scopul de a scrie şi ulterior de a milita pentru aprobarea a ceea ce avea să fie **the Oregon Death with Dignity Act**.

În 1993, **Derek Humphry** fondează şi devine preşedintele **Organizaţiei pentru Cercetarea şi Îndrumarea Euthanasiei - ERGO** (Euthanasia Research & Guidance Organization), o corporaţie educaţională non-profit care se ocupă de **ameliorarea cercetării de fond în domeniul suicidul asistat medical**, pentru cei cu boli ireversibile sau terminale şi cu suferinţe insuportabile. În colegiul de conducere ei au inclus un psiholog legist, un psiholog social şi un consilier juridic.

ERGO organizează sondaje de opinie, creează şi publică îndrumătoare – etice, psihologice şi juridice – pentru pacienţi şi medici, pentru a-i familiariza cu luarea deciziilor de scurtare a vieţii. Ei fac cercetări asupra **dreptului de a muri**, menţinând relaţii cu grupurile din toată lumea care militează pentru acesta şi furnizează literatură pe această temă ziariştilor, studenţilor, absolvenţilor de facultăţi medicale sau juridice sau celor interesaţi să se documenteze pentru a scrie. Membrii ei doresc să sfătuiască pe muribunzii care sunt adulţi şi competenţi, de aceea îi aşteaptă pentru discuţii pe aceştia sau pe membrii familiilor lor.

ERGO a mijlocit publicarea a două lucrări:

„Când te hotărăşti să mori: De ce trebuie să ţii seama" (Deciding to Die: What you should consider) şi **„Asistându-l pe pacient să moară: Ghid pentru medici"** (Assisting a Patient to Die: A guide for physicians) scrise amândouă de **Stephen Jamison** doctor în ştiinţe.

În 1994 ia fiinţă în California **Centrul de educaţie pentru moarte cu demnitate** (The Death with Dignity Education Center), ca o organizaţie naţională non-profit care activează pentru promovarea unui

Scanned with OKEN Scanner

sistem cuprinzător, uman şi responsabil de îngrijire a pacienţilor aflaţi în stare terminală.

În 1994, opinia publică află că există mai multe „**presidential living wills**", căci după moartea fostului preşedinte Richard Nixon şi a fostei prime doamne Jacqueline Kennedy Onassis, s-a dat publicităţii faptul că amândoi semnaseră „advance directives".

În 1994, **Baroul din California aprobă suicidul asistat medical**. Cu o majoritate de 85% şi fără o opoziţie activă, Conferinţa Delegaţilor afirmă că trebuie să li se permită medicilor prescrierea unei medicaţii care grăbeşte moartea la pacienţii adulţi, competenţi, aflaţi în stare terminală de boală, ca aceştia să şi-o auto-administreze.

În 1994, **toate statele americane şi Districtul Columbia** recunosc unele modele de proceduri pentru „**directivele date în avans**".

În 1994, legea împotriva suicidului din Statul Washington este răsturnată. În procesul **Compassion v. Washington**, o curte districtuală hotărăşte că o lege care scoate în afara legii suicidul asistat violează **Cel de al 14-lea Amendament** al Constituţiei SUA Judecătorul Rothstein scrie: *„Curtea nu crede că se poate face o distincţie între refuzul tratamentului medical de susţinere al vieţii şi suicidul asistat al unui adult, bolnav terminal, competent mintal şi lipsit de orice coerciţie"*.

În 1994, în Statul **New York**, procesul **Quill et al v. Koppell** este înregistrat ca o contestaţie la legea din New York ce interzice suicidul asistat. Quill pierde, dar face apel.

În 1994, alegătorii din Statul **Oregon** aprobă **Măsura 16**, o iniţiativă pentru vot a **Death With Dignity Act**, ce ar permite bolnavilor terminali, în condiţii adecvate de securitate, să obţină o reţetă medicală care le va permite să-şi sfârşească viaţa într-o manieră umană şi demnă. Votul este 51-49%. Judecătorul Curţii districtuale a SUA, Hogan emite un ordin de restricţie temporară a Măsurii 16, pentru a împiedica punerea în aplicare a legii.

În 1994, **Societatea Scoţiană pentru Euthanasie Voluntară - VESS** publică prima **Colecţie internaţională de *living wills*** (Collected Living Wills). Consiliul Asociaţiei Medicale Britanice îşi declară sprijinul de principiu pentru o legislaţie care să reglementeze acest „testament-dorinţă pentru perioada când omul se află încă în viaţă".

În 1995, **VESS** formulează **Istoria valorilor** (Values History), un tip absolut nou de *living will*, după o cercetare elaborată, anticipând soluţiile de îndrumare ale A.M.B.

Scanned with OKEN Scanner

Asociaţia Medicală Britanică emite un **Cod de practică pentru** aplicarea *living wills* (British Medical Association's Code of Practice). Comisia Juridică propune o legislaţie care să includă şi *health care proxies* (procurile pentru îngrijirea sănătăţii).

În 1995, **Societatea Scoţiană de Euthanasie Voluntară (VESS)** revine în atenţia publicului cu un **ultim Ghid de auto-eliberare** intitulat **„Dincolo de ieşirea finală"** (Beyond Final Exit), actualizat conform ultimelor cercetări în domeniu. Bazat pe sute de referinţe şi relatări, ghidul conţine rezultatele muncii unor cercetători din întreaga lume, oferind cunoştinţe verificate în practică şi fapte în metodele de sinucidere. Ghidul nu se poate cumpăra din librării, ci se procură prin comandă poştală sau pe Internet din Europa, dar mai greu în S.UA. şi Canada.

În 1995, în **Irlanda**, Curtea Supremă decide că se poate extrage tubul de hrănire unei femei care zăcea de 20 de ani în stare vegetativă persistentă, ca să poată muri.

În 1995 iau fiinţă societăţile **Apărarea legală a morţii cu demnitate din Oregon** (Oregon Death with Dignity Legal Defense) şi **Centrul de educaţie** (Education Center). El îşi propun să apere Măsura 16, legalizând suicidul asistat de medic.

În 1995, hotărârea **Washington State's Compassion** este răsturnată de **A Noua Conferinţă Comună a Curţilor de Apel** cuprinzând 11 judecători, care reinstaurează legea anti suicid. Judecătorul districtual Hogan hotărăşte că **Oregon Measure 16, the Death with Dignity Act**, este anti - constituţională, pe temeiul că violează **Clauza Protecţiei Egale** din Constituţia Americană. Hotărârea lui este imediat atacată cu apel în justiţie.

În 1995, diverse cercetări în lumea medicală arată că **multe din directivele date în avans sunt ignorate** de către medici. **JAMA** (Journal of the American Medical Association) raportează că medicii nu au cunoştinţă de trei sferturi dintre directivele pacienţilor vârstnici internaţi în spitalele din New York. **California Medical Review** raportează că trei sferturi din directivele date în avans nu erau trecute în registrele Casei de asigurări de sănătate Medicare, în statul respectiv.

În 1995, argumente orale în apelul procesului **Quill v. Vacco** contestă legalitatea legii anti - suicid din legea Statului New York înainte de Cea de a Doua Conferinţă Comună a Curţilor de Apel.

În 1996, este dat publicităţii un **studiu intensiv de un an** de zile, asupra fezabilităţii **reformei legale asupra suicidului asistat,** între-

Scanned with OKEN Scanner

prins de **Institutul de Drept şi Etică în Medicină** de la **Universitatea din Glasgow**. El s-a intitulat **„Câteodată o mică victorie"** (Sometimes a Small Victory) şi include **„Proiectul de lege pentru inutilitate medicală"** (Medical Futility Bill) care stipulează:

„Nu e în afara legii întreruperea tratamentului, inclusiv a terapiei de substituţie a funcţiilor fiziologice, când doi medici practicieni, din care unul e neurolog, sunt de părere că pacientul a suferit asemenea leziuni ale sistemului nervos central încât:

- *el nu poate supravieţui în absenţa îngrijirii continui;*
- *rămâne incapabil permanent să participe la trăiri şi relaţii inter-umane;*
- *tratamentul permanent este inutil, neputându-l îmbunătăţi starea clinică;*
- *familia pacientului a fost de acord după informare şi consultare prealabilă."*

În 1996, în **Scoţia** are loc primul caz pentru **„dreptul de a muri"**. Curtea a decis că se poate scoate tubul de hrănire **doamnei Johnstone**, care se afla în comă de patru ani, fiind lăsată să moară.

În 1996, în Australia la **Melbourne**, are loc **Cea de a 11-a Conferinţă Mondială a Societăţilor pentru Dreptul de a Muri** (the 11th World Conference of Right to Die Societies).

În 1996, **The Northern Territory of Australia** adoptă legea pentru euthanasie voluntară şi suicid asistat, care va fi respinsă de Parlamentul Federal nouă luni mai târziu.

În 1996, un **juriu din Statul Michigan îl achită pe Dr. Kevorkian** de violarea unei legi de stat care proscria suicidul asistat.

În 1996, **Cea de a Doua Conferinţă Comună a Curţilor de Apel** (The Second Circuit Court of Appeals) răstoarnă încheierea din cazul **Quill v. Vacco**, hotărând că:

„Statutele din New York care incriminează suicidul asistat medical violează Clauza de protecţie egală, deoarece prin extensia faptului că ele interzic unui medic să prescrie o medicaţie ce poate fi auto-administrată de către un pacient competent, aflat în stare terminală de boală, ele nu sunt legate în mod raţional de vreun interes legitim al statului".

Hotărârea priveşte legile statelor New York, Vermont şi Connecticut.

În 1996, **Curtea Supremă a S.UA.** anunţă că **va revizui** amândouă cazurile sponsorizate de Societatea **Compassion in Dying**, cunoscute acum sub numele de **Washington v. Glucksberg** şi **Quill v. Vacco**.

Scanned with OKEN Scanner

În 1997, avocatul Robert Rivas de la **Uniunea libertăţilor Civile din America (ACLU** - American Civil Liberties Union) înregistrează o cerere de modificare a legii din Florida prin care se condamnă suicidul asistat, care este veche de 128 de ani. Are loc **Cazul Hall**, al bolnavului de SIDA care cere ca legea să nu-l pedepsească pe medicul său, dacă îl va ajuta să se sinucidă. Curtea refuză.

În 1997, **Societatea Olandeză de Euthanasie Voluntară (NVVE)** raportează că are mai mult de 90.000 de membri, dintre care 900 au făcut cereri de a fi ajutaţi să moară la Serviciul de Ajutor al Membrilor (Members' Aid Service).

În 1997, în **Scoţia**, **Paul Brady** îl ajută pe fratele său să se sinucidă, şi îşi recunoaşte învinuirea de omor din culpă. Curtea Scoţiană l-a admonestat şi l-a lăsat în libertate.

În 1997, **Parlamentul Marii Britanii** respinge cu 234 voturi la 89, a şaptea tentativă în 60 de ani de a schimba legea asupra euthanasiei şi suicidului asistat, deşi sondajele de opinie au arătat că 82% din poporul britanic doreşte această reformă.

În 1997, un raport alcătuit de **British Medical Journal** a arătat că mai mulţi medici britanici au dat curs cererilor de euthanasie care le-au fost făcute de către pacienţi.

În 1999, în **Anglia**, după dezbateri de aproape patru ani, Colegiul Medicilor a dat o decizie de incriminare asupra doctorului Taylor în **cazul Ormerod**, de sevraj al hidratării şi hrănirii artificiale a unei apoplectice.

În 1998, au continuat **procesele din SUA** cu răsturnarea deciziilor date de instanţele inferioare şi diverse comentarii cu rol de îndrumare pentru mai târziu.

În 1998, **Derek Humphry** şi **Mary Clement** publică o carte intitulată **„Libertatea de a muri" (Freedom to Die)**.

În 1998, **Dr. Kevorkian** scoate rinichii unui bolnav înainte de a-l ajuta să se sinucidă şi trece la practicarea primului caz de euthanasie.

În 1998, în **Elveţia** are loc **Cea de-a XII-a Conferinţă Mondială a Federaţiei Societăţilor pentru Dreptul de a Muri**, iar pe 14 octombrie este semnată **Declaraţia de la Zürich asupra asistării morţii**.

În 1999, Dr. Kevorkian este **dat în judecată** pentru **euthanasia prin injecţie letală a lui Thomas Youk**, prezentată pe televiziunea C.B.S., iar pe 14 aprilie este condamnat la închisoare.

Pe 28 noiembrie 2000 este dată publicităţii în Olanda o propunere de amendare legislativă intitulată **Proceduri revizuite de terminare a vieţii la cerere şi de suicid asistat, de amendare a Co-**

Scanned with OKEN Scanner

dului Penal şi Actul pentru înmormântare şi incinerare „Review procedures of termination of life on request and assisted suicide and amendment to the Penal Code *(Wetboek van Strafrecht)* and the Burial and Cremation Act (*Wet op de lijkbezorging*)" cunoscută sub numele de **Actul pentru terminarea vieţii la cerere şi suicid asistat – proceduri revizuite** (Termination of Life on Request and Assisted Suicide - Review Procedures - Act).

În aprilie 2001 **Legea practicării euthanasiei şi a suicidului asistat** este adoptată de Parlamentul Olandei.

În **SUA tentativele legislative şi actele** care au încercat **legalizarea a dreptului de a muri** s-au succedat după cum urmează:

- 1988 - **„Definiţia bolii terminale"** (Terminal Illness Definition) - în statul Washington care lărgeşte această definire şi permite ajutorul medicului pentru pacienţii competenţi care îşi doresc să moară. S-a tentat votarea unui pachet de legi care să permită euthanasia pentru pacienţii cu boli terminale.
- 1990 - **„Actul autodeterminării pacientului"** (Patient Self Determination Act -PSDA). Efectul acestei legislaţii are ca scop **exonerarea de orice răspundere** *a medicilor care ar refuza să trateze cazurile în care pacientul a dat directive clare asupra propriilor îngrijiri terminale.* Societatea **Choice in Dying (CID)** a fost deosebit de activă în afirmarea PSDA, lucrând în strânsă legătură cu senatorii Danforth şi Moyniham, susţinătorii originali ai proiectului de lege.
- noiembrie 1991 - referendum asupra unei **„Legi pentru o moarte demnă"** (Dying with Dignity Law). Alegătorii din **statul Washington** au fost chestionaţi asupra legii ce cuprindea dispoziţii pentru legalizarea euthanasiei. În ciuda sondajelor care indicau o majoritate de două treimi în favoarea euthanasiei voluntare, propunerea a fost respinsă de 54% din alegători.
- 1992 - o propunere similară a fost respinsă şi de populaţia din California de către o majoritate la limită.
- 1997 - Curtea Supremă a Americii a hotărât că legile împotriva suicidului asistat medical nu sunt anti - constituţionale.

În **statul Oregon** funcţionează astăzi o **lege care permite euthanasia**, în condiţiile în care doi medici atestă că bolnavul nu va trăi mai mult de 6 luni, iar acesta îşi exprimă prin trei cereri succesive dorinţa de a muri.

Dr. Jack Kevorkian, din statul Michigan a iniţiat în 1989 **„suicidul asistat"**. El îşi alegea clientela candidaţi la suicid care îl solicitau direct, folosindu-se de 10 criterii, iar ulterior le punea la

Scanned with OKEN Scanner

dispoziţie acestor pacienţi o **„maşină de sinucis"** - un sistem de perfuzie cu posibilitate de auto-injectare, sau un cort mască în care se inhalează monoxid de carbon.

Deferit justiţiei de mai multe ori, Kevorkian a fost achitat din cauza inexistenţei unei legi care să incrimineze suicidul sau oferirea de sfaturi în acest scop (principiul *„Nulla poena sine lege"*). Odată cu introducerea legii împotriva suicidului asistat, el a fost dat în judecată, iar în baza acestei legi *ad-hoc* el a fost condamnat la închisoare. Opinia publică americană şi mondială a urmărit cu nerăbdare desfăşurarea procesului şi viaţa de puşcăriaş a fostului medic. Unii speră ca procesul său să se rejudece, iar el să fie achitat.

În anul 2000 au fost publicate rezultatele dezbaterilor academice asupra extinderii legalizării suicidului asistat în mai mult state.

A avut loc supunerea la vot a unei iniţiative de a legaliza suicidul asistat medical în Statul **Maine**.

Conferinţa Mondială Asupra Euthanasiei (World Euthanasia Conference), s-a ţinut la Boston în septembrie 2000 în ciuda protestelor vehemente ale celor din asociaţia **„Not yet dead"**, care au încercat să strivească pe ziarişti şi pe participanţi cu cărucioarele lor cu rotile.

În **Canada** euthanasia **nu este încă legală**. Mişcarea pentru legalizarea ei rămăsese relativ marginală în ultimii ani. Societăţile pentru dreptul de a muri erau modeste şi nu exercitau vreo influenţă asupra ansamblului legislativ, a profesioniştilor din sănătate sau asupra marelui public. Astăzi mişcarea pentru legalizarea suicidului asistat din SUA are o mare rezonanţă, iar unii canadieni se duceau acolo să beneficieze de serviciile Doctorului Kevorkian.

În **Elveţia** se practică euthanasia şi suicidul asistat sub protecţia unei **legi vechi de 60 de ani**.

În **Olanda**, euthanasia este azi **legitimă şi clar reglementată**, după o luptă juridică ce a început cu un proiect de lege ce datează din 1993, care a fost adoptat de Parlamentul olandez în 1995. Juriştii ce reprezintă ministerul public (procuratura generală a Olandei), examinând deciziile luate de tribunale într-un mare număr de procese şi criteriile **Societăţii Medicale Regale Olandeze** din 1984, au stabilit câteva **principii directoare** încă din 1990, după care numai medicii pot administra euthanasia, şi doar ei sunt ţinuţi responsabili în faţa legii. Medicilor li se cere să nu elibereze certificate de deces obişnuite, ci *să anunţe procurorului general* toate cazurile de **euthanasie activă voluntară** sau de **suicid asistat medical**. Ei vor com-

Scanned with OKEN Scanner

pleta un **chestionar lărgit**, care va fi consultat împreună cu **raportul medicului legist al districtului** de către procurorul districtual. **Procurorul districtual** este cel care hotărăşte dacă va face sau nu urmărire în justiţie. Scopul este de a micşora parţial stresul emoţional şi povara morală pe care o încearcă medicii care asistă aceste cazuri.

The Royal Dutch Medical Association (RDMA) - Societatea Medicală Regală Olandeză, a revizuit aceste principii şi le-a dat forma actualmente acceptată încă din 1995. Aproximativ 2,5% din morţile anuale sunt asistate de medici. Opinia publică a fost şi este mult în favoarea continuării acestui sistem, deja legitimat.

În **Danemarca**, este acceptată euthanasia pasivă prin suprimarea folosirii aparaturii de susţinere a vieţii în stările de comă depăşită şi sau moarte vegetativă.

În **Germania**, dacă un pacient în deplinătatea facultăţilor sale mintale, acţionând liber şi cu responsabilitate, cere să-şi ia viaţa, medicii au dreptul să-i procure substanţe mortale. „**Societatea germană pentru o moarte umană**" a editat o broşură conţinând instrucţiuni pentru administrarea de doze mortale de medicamente recomandate pe reţetă, uşor de procurat (Battin, 1992).

În **Spania** euthanasia este ilegală, dar funcţionarea societăţii **Derecho a Morir Dignamente – D.M.D.** (Dreptul de a muri cu demnitate) va duce mai devreme sau mai târziu la iniţiative legislative. Până atunci ea îşi declară următoarele **scopuri**:

1. Să promoveze dreptul fiecărei persoane de a dispune liber de corpul său şi de viaţa sa şi să aleagă liber şi în deplină legitimitate momentele şi mijloacele ca să-i pună capăt.

2. Să apere în mod special, dreptul persoanelor bolnave în stare terminală, să moară în pace şi fără să sufere, atunci când va veni vremea, dacă asta este dorinţa lor exprimată.

Societatea este membră a Diviziei Europene şi a Federaţiei Mondiale a Societăţilor pentru dreptul de a muri. Ea **oferă membrilor** săi:

1. Un buletin bianual cu articole interesante şi o largă informare despre mişcare din întreaga lume pentru susţinerea morţii demne.

*2. Un model de **living will** cu instrucţiuni de utilizare şi un serviciu voluntar de înregistrare a formularelor completate ale acestui document – voinţa pentru perioada când mai sunt în viaţă.*

3. Sfaturi despre drepturile bolnavilor şi datoriile legate de serviciile de sănătate.

Scanned with OKEN Scanner

4. Sfaturi juridice în legătură cu moartea cu demnitate.

5. Servicii de atenţie individuală în cazurile specifice - limitate deocamdată la nivelul oraşului Barcelona.

6. Contacte cu alte organizaţii umanitare cum ar fi Amnesty International, Societăţi ale pacienţilor cu SIDA, boala lui Alzheimer etc.

7. Contacte cu Societăţile pentru dreptul de a muri din 22 de state.

8. Oferă informaţii bibliografice de ultimă oră despre moartea cu demnitate.

9. Organizează conferinţe şi mese rotunde la care sunt invitaţi să participe permanent membrii săi.

10. Se solidarizează cu cei care luptă pentru dreptul la o moarte cu demnitate, în vederea obţinerii pe cale legală a acestui drept.

Toate serviciile şi activităţile Societăţii Spaniole **D.M.D.** sunt făcute voluntar de membrii săi. În acelaşi mod, ei promovează crearea unor **grupuri locale** cu scopul de a facilita contactul dintre membri şi activităţile tot mai largi. Orice colaborare este primită cu recunoştinţă.

În 1996 pe 13 noiembrie, cetăţeanul **Ramon Sampedro** s-a folosit de ajutorul cuiva să se sinucidă, lăsând o **scrisoare adresată judecătorilor** în care cerea clemenţă pentru sprijinitorul lui. Deoarece totuşi s-a început urmărirea penală împotriva acestuia, Societatea D.M.D. a iniţiat printre membrii şi simpatizanţii săi o **campanie de auto-incriminare**, prin colectarea de cât mai multe semnături pe o hârtie pe care era scris: *„ŞI EU L-AM AJUTAT SĂ MOARĂ PE SAMPEDRO!"*

Parlamentul European recunoaşte **dreptul bolnavului de a muri demn**, în pace şi dacă este posibil în confort, în două rezoluţii, atrăgând atenţia că *asistenţa medicală cu cât este mai tehnică este mai inumană.* Bolnavul trebuie să fie însă informat complet despre starea bolii pentru a se putea pregăti de moarte. În cazurile de moarte cerebrală se admite dreptul familiei de a cere întreruperea reanimării.

În **Comisia Europeană pentru Drepturile Omului**, deputaţii ar putea răspunde solicitărilor venite din diferite state şi să adopte un proiect de lege autorizând euthanasia pentru bolnavii care o solicită motivat, dar **Parlamentul European** se abţine de la votarea unei legi asupra căreia există încă păreri foarte diferite.

În **Australia**, în 1996, după lungi dezbateri, a fost adoptată o **legislaţie de pionierat** în **Teritoriul de Nord**. Prin aceasta **se permitea**

Scanned with OKEN Scanner

suicidul asistat medical conform unor principii enunţate în formularul de **„Cerere pentru un mod de a muri uman, cu demnitate"**. *Elementul de unicitate* era însă folosirea unui **program pe computer.** Se facilita ca bolnavul aflat în stare terminală să-şi bată cererea pe un computer lap-top şi să-şi administreze o doză letală de medicamente, dacă se considera că era cazul. Era **prima dată în lume** când se legaliza această formă de **euthanasie auto-administrată.** Totuşi, la începutul anului 1997, guvernul Australiei a revocat legislaţia care era aprig contestată de conducătorii politici, ai aborigenilor şi ai Bisericii.

Australianul **Dr. Philip Nitschke** luptă pentru legalizarea euthanasiei în statele din Australia, în Noua Zeelandă şi Tasmania, iar, dacă nu va reuşi, vrea să înfiinţeze o clinică plutitoare, pe un vapor, pentru cei ce vor să fie asistaţi la suicid.

În **Japonia**, pe 25 martie 1995, Curtea Districtuală din Yokohama a găsit vinovat un medic pentru omorul unui pacient canceros care ar fi murit oricum în câteva zile. Medicul a fost condamnat la închisoare pe termen de doi ani, cu suspendare. Ulterior, Curtea a emis **patru condiţii în care este permis omorul din milă în Japonia:**

- Pacientul suferă de dureri fizice insuportabile;
- Moartea lui este inevitabilă şi iminentă;
- Toate măsurile posibile pentru îndepărtarea durerii au fost luate şi nu a mai rămas nici o altă cale;
- Pacientul şi-a exprimat clar voinţa de a aproba scurtarea vieţii lui.

Judecătorul Matsuura a arătat că:

„Acţiunea Doctorului Tokunaga nu a întrunit toate aceste condiţii, deoarece pacientul nu a făcut afirmaţii despre durerea sa fizică, nici despre dorinţa lui de a aproba euthanasia. Acţiunea doctorului ***nu poate fi privită ca euthanasie,*** *ea reprezentând o terminare ilegală a vieţii pacientului".*

În **Cambodgia**, Curtea Constituţională a legalizat euthanasia pentru persoanele în stadii terminale de boală care şi-au dat consimţământul cu claritate, pe 20 mai 1997. Decizia a fost de 6 la 3, şi a fost provocată de o acţiune în justiţie făcută de un individ nemulţumit de opreliştile legii. Procesul a fost răsunător, iar acum judecătorii trebuie să analizeze fiecare caz în parte şi să emită decizii de îndrumare pentru fiecare.

În 1997, în statul sud-american **Colombia** este introdusă legislaţia care legalizează euthanasia voluntară. Curtea Constituţională

Scanned with OKEN Scanner

din Colombia a reafirmat în iunie o reglementare din luna mai 1997, cu un vot de 6 la 3 judecători, care permitea euthanasia la bolnavii terminali care ceruseră aceasta. Congresul poate reglementa legea, dar nu are putere să o respingă.

Internetul WEB are pagini întregi consacrate euthanasiei şi suicidului asistat, atât ale susţinătorilor cât şi ale celor care luptă pentru respingerea ei. Există locuri speciale - *site*-uri unde te poţi documenta cu o sumă imensă de informaţii.

De exemplu, o pagină de tip cuprins aparţinând unei organizaţii care luptă împotriva euthanasiei - **Pro Life Council**, arată aproximativ aşa:

Informaţii pentru cercetare asupra euthanasiei, suicidului asistat medical, dorinţelor pentru timpul vieţii şi omorului din milă

Articole medicale	Articole juridice
Fapte de euthanasie	Articole ale populaţiei
Articole din SUA /Europa	Articole diverse
Organizaţii împotriva euthanasiei	Afirmaţii de la indivizi şi grupuri
Afirmaţii ale religioşilor	Articole scrise de religioşi
Alte organizaţii de ajutor uman	Living wills
Alte contacte cu organizaţii pro-life	Susţineţi-ne!

Contacte internaţionale

„Grija pentru viaţa umană şi pentru fericire, şi nu distrugerea lor este primul şi unicul obiectiv al unui guvern bun..."

Thomas Jefferson

Acest site a fost adus la zi pe data de 6 aprilie 2001.

Există o **Dying Well Network** (Reţea pentru a muri cum trebuie - bine) fondată şi condusă de **Rob Neils**, psiholog clinician, doctor în ştiinţe care a publicat o broşură intitulată „**Întrebări puse frecvent despre moartea cu demnitate**" (DEATH WITH DIGNITY FAQs) la Editura Kendall /Hunt Publishing Company Dubuque, Iowa. Cartea are sub titlu un îndemn care sună cam aşa:

„Ar trebui într-adevăr să citiţi această carte înainte de a avea nevoie de ea", iar ca motto:

„Optimum philosophia et sapientia est comtemplatio de mortis." (Cea mai bună filosofie şi înţelepciune este contemplarea morţii).

Scanned with OKEN Scanner

Membrilor acestei reţele, dar şi altora care sunt interesaţi li se pune la dispoziţie întregul cuprins al lucrării, iar pe măsura interesului, ei se pot documenta în detaliu, acţionând cu mouse-ul computerului pe titlul capitolului. În mare, *Cuprinsul* arată cam aşa:

- *Partea 1: Divinitatea, despre începutul vieţii.*
- *Partea 2: Medicul, problemele medicale.*
- *Partea 3: Pacientul, problemele personale.*
- *Partea 4: Garanţiile.*
- *Partea 5: Curţile de justiţie, o trecere în revistă a unor cazuri întâmplate.*
- *Partea 6: Istorie, prezentarea evenimentelor majore ale mişcării pro-euthanasie.*
- *Partea 7: Cererile de invalidare a legii permisive (Challenge).*
- *Partea 8: Dying Well Network, unde se întâmplă evenimentele actuale.*
- *Partea 9: Dr. SCISORS, chestionarul pentru diferenţierea suicidului raţional de cel lipsit de raţiune.*
- *Partea 10: Cum suferă oamenii după cei dispăruţi.*
- *Despre autor.*
- *Referinţe bibliografice.*

Clericii, indiferent de cult, se opune oricărei modificări legislative în materie de euthanasie.

Academia Ştiinţelor Morale din Franţa statuează că medicul trebuie să slujească viaţa indiferent de faptul că boala este incurabilă.

Asociaţia Medicală Mondială prin Declaraţia de la Madrid din 1987, emite o altă părere arătând că euthanasia este contrară eticii medicale, dar că medicul poate respecta voinţa bolnavului, astfel încât să lase boala să-şi urmeze cursul, când el se află într-o faza terminală.

În **România**, **Codul deontologic** aprobat de Colegiul Medicilor **interzice** în mod implicit şi explicit euthanasia.

În mod **implicit** în articolul 23 care specifică *„medicul trebuie să încerce reducerea suferinţei bolnavului incurabil, asigurând demnitatea muribundului, dar în nici un caz nu are dreptul să-i provoace moartea în mod deliberat, act ce constituie o crimă, chiar dacă a fost cerut insistent de un bolnav perfect conştient“.*

În mod **explicit** în articolul 27 *„se interzice cu desăvârşire euthanasia, adică utilizarea unor substanţe sau mijloace apte de a provoca decesul unui bolnav, indiferent de gravitatea sau prognosticul bolii“.*

Ar fi hazardată afirmaţia că aici se termină această istorie a concepţiilor despre viaţă, moarte, morală şi justiţie.

Scanned with OKEN Scanner

Lupta pentru „DREPTUL DE A MURI" - o chestiune de demnitate

Este important ca fiecare să înţeleagă că **moartea** reprezintă ceva diferit de **procesul de a muri**.

Moartea este un punct limită, momentul în care viaţa încetează; ea implică o schimbare completă a statutului unei vietăţi, prin pierderea caracteristicilor ei esenţiale. Moartea survine la mai multe nivele. Moartea somatică este moartea organismului ca întreg; ea precede de obicei moartea unor organe, ţesuturi, celule şi a organitelor celulare. Expresia morţii somatice este relevată de încetarea bătăilor inimii, a respiraţiei, a mişcărilor, a reflexelor şi a activităţii cerebrale. Momentul precis al morţii somatice este uneori dificil de determinat datorită simptoamelor unor stări pasagere cum ar fi coma, leşinul sau transa, ce au aparenţă de moarte.

La diverse culturi umane şi în diferite epoci, concepţia despre moarte a diferit foarte mult. În societăţile occidentale, moartea a fost văzută ca plecarea sufletului din trup. Conform acestei tradiţii, esenţa de a fi uman este independentă de proprietăţile fizice. Deoarece sufletul nu are manifestare corporală, plecarea lui nu poate fi sesizată sau determinată într-un mod obiectiv; de aceea încetarea respiraţiei a fost luată ca un semn al morţii.

În contemporaneitate, se consideră că moartea survine când încetează funcţiile vitale - respiraţia şi circulaţia (evidenţiată de bătăile inimii). Acest punct de vedere este astăzi, totuşi, contrazis de avansarea tehnologiei medicale care face posibilă susţinerea respiraţiei şi circulaţiei prin mijloace mecanice. De aceea a fost adoptată noţiunea de „moarte cerebrală", iar pierderea ireversibilă a activităţii creierului este semnul că s-a instalat moartea.

Conceptul de „moarte cerebrală" a fost şi el contrazis în anii din urmă, deoarece o persoană îşi poate pierde toate capacităţile de activitate mintală superioară, în timp ce activitatea cerebrală inferioară, cum ar fi respiraţia, continuă. De aceea unele autorităţi susţin că **prin moarte trebuie să se înţeleagă pierderea capacităţii de a fi conştient sau de a inter-acţiona social**. Din acest punct de vedere, semnul de moarte ar fi absenţa activităţii în centrii superiori ai creierului, mai ales în neo-cortex.

Este interesantă şi concepţia societăţii despre moarte. Romancierul american **Don Delillo** sesizează percepţia puerilă şi totodată

dramatică a profanilor asupra noii ere tehnologice a medicinei, spunând că:

„Tehnologia ne-a oferit apetitul pentru nemurire. Bolnavii cred că bolile pot fi controlate şi că în orice caz de îmbolnăvire medicii trebuie să fie capabili să facă ceva. Oamenii doresc să creadă că ar putea avea totul — să-şi trăiască vieţile, neţinînd seama de pericolele fizice şi de surmenajul mintal, putând apela oricând la spital ca la un „magazin de reparaţii" atunci când suferă de o cădere fizică sau mintală. Dacă doctorii nu mai pot „repara" pacienţii, înseamnă că sunt incapabili, că nu cunosc tehnicile moderne sau că fac vreo greşeală."

Depăşind caracterul anecdotic al aserţiunii, tehnologia medicală care avansează rapid a ridicat întrebări de morală şi a introdus noi probleme pentru a defini moartea din punct de vedere legal. Printre aceste noi dezbateri se numără şi următoarele:

- **Cine hotărăşte criteriile morţii - doctorii, legislaţia sau individul?**
- **Este permisibilă din punct de vedere moral şi legal devansarea momentului morţii prin întreruperea suportului artificial al respiraţiei şi circulaţiei?**
- **Au oamenii dreptul să ceară să le fie oprite măsurile extraordinare, încât să poată muri în pace?**
- **Poate un apropiat sau un gardian desemnat de lege al celui aflat în comă să acţioneze în locul acestuia, în asemenea circumstanţe?**

Odată cu posibilitate transplantului de ţesuturi şi organe, aceste chestiuni au dobândit un caracter imperios. Este cazul să punem în balans nevoia de organe cu drepturile donorului muribund.

Procesul de a muri este o parte importantă a procesului vieţii. Pentru multe persoane muribunde, trăirile vieţii, oricât de prăpădită ar fi ea, mai au încă importanţă şi înţelesuri semnificative. **Nevoile muribunzilor** şi ale familiilor lor au fost privite cu o atenţie diferită începând cu anii '60.

Thanatologii au identificat câteva stadii prin care trece omul hărăzit morţii:

- negare şi izolare (Nu, nu eu!),
- mânie, furie, invidie şi resentiment (Da', de ce eu?),
- negociere (Dacă sunt bun, atunci pot să trăiesc?),
- epresie (La ce bun?) şi
- acceptare.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste stadii nu survin în vreo ordine previzibilă şi pot fi intercalate cu sentimente de speranţă, anxietate şi teroare.

Asemenea celor sortiţi morţii, atât familiile cât şi prietenii lor, afectaţi de dezolare, trec prin stadii de negare şi acceptare. Dezolarea lor însă, urmează în mod tipic o succesiune regulată, care începe adesea înainte ca cel iubit să moară. O asemenea durere apărută anticipat poate fi de folos pentru a mai împrăştia din suferinţa de mai târziu. Stadiul următor de dezolare după ce a survenit moartea ar fi probabil mai sever şi mai lung, dacă ea ar surveni pe neaşteptate. În timpul acestei faze, cei în doliu de obicei plâng, au dificultăţi de somn şi îşi pierd pofta de mâncare. Unii pot fi alarmaţi, furioşi sau doborâţi, simţindu-se însinguraţi. Ulterior suferinţa lor poate trece în depresie, care survine adesea când încetează formele convenţionale de susţinere socială, iar cei din afară nu le mai acordă ajutor şi consolare; poate să se instaleze şi singurătatea. După o perioadă, supravieţuitorii devin mai puţin tulburaţi, îşi recapătă energia şi restabilesc legăturile u cei din jur.

Îngrijirea pacienţilor aflaţi în stadii terminale de boală poate fi făcută acasă, dar se face şi în spitale sau instituţii specializate denumite case de sănătate sau ospicii (**hospice** - a nu se face confuzia cu ospiciul de alienaţi mintali, o accepţiune mai uzitată în limba română). Medicii şi thanatologii care lucrează aici sunt dotaţi cu calităţi speciale; ei trebuie să-şi înfrângă propria frică de moarte, pentru a putea oferi pacienţilor lor un confort în procesul de a muri. Deşi încă mulţi doctori nu acceptă acest lucru, astăzi se acceptă ideea că majorităţii pacienţilor trebuie să li se aducă la cunoştinţă că sunt pe moarte. Acest lucru se va face desigur cu tact şi consideraţie. Oricum, mulţi oameni şi chiar copii află că sunt pe moarte, iar recunoaşterea deschisă a acestui lucru evită prefăcătoria şi încurajează exprimarea sentimentelor sincere. Atunci când i se oferă încredere şi siguranţă, pacientul muribund corect informat poate aborda moartea ce se apropie cu demnitate şi seninătate. Nu există reguli fixe în momentul de faţă, ci doar **principii generale** de comportament etic care sunt formulate pe o perioadă, iar din timp în timp **revizuite**.

Se pare că ne aflăm la un „moment al discuţiilor“ pentru a reformula aceste principii în lumina viitorului. Am asistat la o „*furor therapeuticus*“ care a dus la menţinerea multor vieţi în nişte condiţii de calitate inferioară limitei acceptabilităţii unora dintre supravieţuitori, ceea ce a dus la crearea unui termen absolut nou, acela de **disthanasie**.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă procesul bolii nu afectează inima bolnavului, ci se centrează pe sistemul nervos central, tehnologia medicală poate substitui toate funcţiile de susţinere a vieţii care îi reveneau până atunci. Tuburi introduse fie în tractul gastro - intestinal fie pe vene, iau locul alimentării naturale cu mâncare şi lichide. Un tub ce iese din vezica urinară supleează necesitate reglajului unei micţiuni, iar un respirator artificial înlocuieşte respiraţia spontană. Chiar şi după ce cordul se opreşte, diferite instrumente electronice pot prelua stimularea activităţii cardiace pentru mult timp.

O astfel de menţinere „eroică" a vieţilor a generat astfel şi unele **întrebări încă fără răspuns:**

- Dacă întrerupem alimentaţia artificială şi administrarea de lichide unui asistat, va simţi acesta senzaţia de foame şi de sete?
- Este o atare întrerupere de alimentaţie artificială la o persoană bolnavă, dar altminteri nu muribundă, o formă de euthanasie?

În mod evident, persoanele care nu sunt capabile să comunice cu cei din jur (aflate în comă sau în stare vegetativă persistentă) sunt cele care necesită asistare la hrănire. De obicei există două forme - hrănirea cu mâna de către cineva din personalul spitalicesc sau de către un membru al familiei; hrănirea pe tubul de hrănire care este introdus fie prin nas, fie implantat prin piele direct în stomac. În primul caz nu se mai administrează manual hrana, iar în celălalt se scoate tubul de hrănire.

O persoană obişnuită poate supravieţui până la 40 de zile fără mâncare, cei care sunt obezi consumându-şi mai întâi celulele de grăsime.

Întreruperea administrării lichidelor duce mult mai repede la moarte, în 3 până la 10 zile, depinzând de constituţia şi starea de sănătate iniţială.

În acest caz, simptoamele ce preced moartea sunt:

- uscarea mucoaselor bucală, nazală, faringiană şi genitală;
- constipaţie;
- crampe abdominale, greaţă şi vărsături;
- tulburări psihice, depresie, confuzie, halucinaţii;
- infecţii urinare şi ale recto-sigmoidului;
- bronşite şi pneumonii.

Moartea survine prin insuficienţa organelor care se instalează în funcţie de afectarea precedentă.

Există cazuri în care **hrănirea artificială poate să cauzeze doar durere şi să grăbească moartea**, dacă există o obstrucţie intestinală.

Scanned with OKEN Scanner

Dezbaterile sunt foarte actuale, iar atitudinile publice sunt contradictorii, după cum se vede şi din **Cazul Ormerod**, care a suscitat atenţia între 1995 şi 1999.

*Dr. **Ken Taylor** de 51 de ani a fost găsit vinovat pentru că a dat dispoziţii unor asistente medicale **să întrerupă hidratarea şi hrănirea**, cu un supliment alimentar lichid care se administra pe gură, unei bolnave de accident vascular cerebral în vârstă de 85 de ani, **Mary Ormerod**. Hărăzirea bolnavei la moartea prin sete şi înfometare a fost considerată în martie 1999, o **greşeală profesională serioasă** de către **Colegiul Medical General**, lucru care l-ar putea costa luarea dreptului de practică pentru şase luni. Oricum medicul s-a pensionat deja în timpul cercetărilor încă din anul 1998, datorită stresului la care a fost supus. El este primul caz de acuzaţie de euthanasie pentru o situaţie în care **„se dă naturii o mână de ajutor"**. Doamna Ormerod a decedat pe 26 august 1995, la mai puţin de două luni după ce au fost emise aceste dispoziţii, în ciuda faptului că ele nu au fost urmate, la Casa de sănătate Oxford House (nursing home) din Preston. Ea cântărea sub 30 de kilograme (3 stone şi 12 livre), iar după expresia Rachelei Towers, asistenta medicală care l-a denunţat pe doctor, „părea ca o victimă a lagărului Bergen Belsen".*

Dr. Taylor nu a vrut să admită că indicaţiile lui trebuiau să grăbească moartea acestei paciente, care făcea atacuri ischemice cerebrale încă din 1986, deoarece orice alt atac următor putea să-i fie fatal. El o avea pe această pacientă în îngrijire de patru ani, dar a fost acuzat că nu a examinat-o suficient şi nu a cântărit adecvat situaţia, atunci când a dat instrucţiunile pentru surori pe 29 iunie 1995. Personalul nu a respectat indicaţiile lui şi a continuat să hrănească bătrâna până când s-a epuizat suplimentul alimentar din farmacie. Acuzatorii au ţinut să sublinieze că ea îşi păstrase reflexul de deglutiţie după ultimul atac de apoplexie din septembrie 1994 şi că era capabilă să comunice cu surorile prin strângeri de mână, dar că medicul nu a ţinut seama de punctul de vedere al surorilor. Medicul a recunoscut însă că nu s-a *consultat cu un specialist pentru **„a second opinion"**.*

*La denunţul făcut de asistenta medicală după moartea bolnavei, poliţia a arestat medicul pentru patru zile şi a făcut o anchetă, dar **Serviciul Procurorilor Coroanei Britanice** a hotărât să nu ia nici o atitudine.*

Scanned with OKEN Scanner

De remarcat este că doctorul Taylor a lucrat mai întâi ca asistent medical cu rezultate excelente înainte de a termina Universitatea de medicină din Manchester şi de a lucra ca medic generalist cu 2.400 de pacienţi înscrişi pe listele lui. Datorită pensionării precoce, el nu a lucrat ca medic decât 17 ani.

În vara lui 1999, **British Medical Association** va scoate **decizii de îndrumare** pentru cazurile de oprire a hidratării şi hrănirii artificiale la bolnavii terminali, ca urmare a acestei decizii a Colegiului Medical General, a anunţat **Michael Wilks** preşedintele BMA. Acestea au în intenţie oferirea unor mai mari garanţii atât pentru pacienţi, dar şi pentru medici. Deliberările BMA complică situaţia deoarece inserţia unui tub nazo-gastric este o procedură medicală, deci o **formă de tratament**, în timp ce hidratarea şi hrănirea constituie doar o **îngrijire de bază**.

Peggy Norris, preşedinta grupului **Alarma** (Alert), care militează împotriva euthanasiei a salutat verdictul, arătând că este un caz sugestiv care *„va stabili un hotar şi îi va face pe doctori să se gândească înainte de a decide să întrerupă hidratarea şi hrănirea unui pacient".*

Unii medici protejează pe membrii familiei şi pe prietenii bolnavului de vederea unor simptoame neplăcute. De exemplu pacientul poate primi o medicaţie care să prevină convulsiile, iar acest lucru poate să mascheze suferinţa, inducând în eroare pe cei care comentează dacă a fost oportun să autorizeze euthanasia.

Indiferent de nivelul cultural, de tradiţia moştenită, de religia împărtăşită, de regimul politic al statului în care locuiesc, cetăţenii obişnuiţi îşi dau cu părerea în problemele de viaţă şi de moarte din îngrijirea sănătăţii, alături de clerici, magistraţi şi ziarişti.

- Există un punct de vedere fundamental care afirmă că **euthanasia** ar putea fi văzută ca **justificată**, dacă este făcută în interesul (pentru binele) persoanei care moare.
- S-ar putea obiecta oricărei forme de euthanasie că **moartea nu poate fi niciodată bună pentru pacient**, ca rezultat al deciziei de a nu mai prelungi viaţa.
- Cei mai severi critici ai profesiei medicale, **refuzând paternalismul**, merg până la a denunţa misterul tradiţional al muncii medicului, înţelepciunea lui şi dreptul lui de a lua decizii în ceea ce îl priveşte pe pacient.
- S-ar putea spune că este moralmente preferabil să faci ultimele zile ale pacientului cât mai confortabile şi cât mai nedureroase

Scanned with OKEN Scanner

posibil, decât să produci în vreun fel o grăbire a morţii. Problema de a înlocui euthanasia cu îngrijirile terminale este dureroasă atât la propriu cât şi la figurat, deoarece în prezent, noi **nu putem îndepărta durerile din toate cazurile de boli terminale**. În asemenea cazuri, dacă scopul nostru este de a face ca **procesul de a muri** să fie cât mai puţin chinuitor şi neplăcut pentru pacient, ar fi o cale de preferat să trecem cât mai repede peste el şi să ajungem la stadiul de moarte, eliminând astfel suferinţa prin durere şi anxietate extremă.

• Îngrijirile terminale nu se limitează la utilizarea cocteilurilor litice, deoarece „**muribundul este un om viu**", care are nevoie de un confort suficient pentru a-şi păstra voinţa sa autonomă. Unii acuză aceste administrări de medicamente care toropesc extrem bolnavul ca fiind chiar ele „*forme deghizate de euthanasie*".

• Nu va trebui să confundăm asistenţa unei persoane care necesită anumite tipuri de îngrijire cu **aşarnarea terapeutică** care tinde să prelungească viaţa **cu orice preţ**. În această ordine de idei este evident relativismul aserţiunilor noastre de până acum, comparabil cu prozaismul, dar şi absolutul realism al afirmaţiei: „*Sănătatea nu are preţ, dar are buget*". Chiar în cele mai bogate dintre statele industrializate există nivele diferite de acordare a asistenţei medicale în funcţie de plata contribuţiei la asigurările de sănătate sau de nivelul asigurărilor sociale, ca să nu vorbim de statele în care practic nu există buget pentru sănătate.

În anul 1983 preşedintele Ronald Reagan a numit o **Comisie a preşedintelui SUA pentru studiul problemelor etice în medicină şi cercetare bio-medicală şi comportamentală** (US President's Commision for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research) care a statuat:

„ Îngrijirea pusă la dispoziţie de profesionişti în medicină este în general limitată la ceea ce se leagă de standardele profesionale şi credinţele menţinute cu scrupulozitate". În raportul Comisiei erau discutate problemele puse de decizia de a întrerupe reanimarea şi rolul familiei în această privinţă, scoţându-se în evidenţă noţiunea de **autonomia pacientului**.

În SUA existau până în 1990 aproximativ 10.000 de pacienţi în **stare vegetativă persistentă (permanentă) = (comă depăşită)**, fără posibilitate de a-şi reveni a căror corpuri erau menţinute cu ajutorul **tehnologiilor de menţinere a vieţii**. Mulţi dintre ei sunt îngrijiţi în instituţii speciale, iar numărul lor pare că va creşte.

Scanned with OKEN Scanner

În democraţiile industrializate avântul tehnologiilor de menţinere a vieţii a dus la o **sub-cultură populară ştiinţifico-clinică** (amintită de Don Delillo) care cere ca orice achiziţie nouă să fie pusă imediat la dispoziţia marelui public.

De mare interes a fost problema :

Cine ia deciziile în interesul pacienţilor cu funcţiile cognitive absente sau sever afectate, care nu au capacitate de auto-determinare?

Persoanele respective - inconştiente total şi permanent, cu retardare mintală severă, leziuni cerebrale grave sau demenţă - sunt **„non-autonome" deşi nu au fost declarate incompetente** din punct de vedere legal.

Vom da câteva ***exemple*** ale surselor dezbaterilor publice, uneori mult mediatizate:

I. Cazul Karen Ann Quinlan, *care a reprezentat o lungă bătălie medico-juridică, a avut consecinţe care au depăşit cu mult graniţele SUA şi epoca respectivă.*

*La 14 aprilie 1975, tânăra americană de 21 de ani a căzut în comă, după toate probabilităţile datorită consumului de alcool şi tranchilizante. După un anume timp s-a decis că pacienta, care avea electroencefalograma plată şi era menţinută în viaţă de un respirator, era în comă depăşită ceea ce denumim azi - **stare vegetativă persistentă** sau pentru a nu crea confuzie **stare vegetativă permanentă**. Apreciind că aceasta reprezintă o suferinţă de neînlăturat pentru ea, părinţii ei au solicitat debranşarea şi lăsarea ei „în plata Domnului". Medicii au refuzat să facă acest lucru de frica posibilelor urmăriri în justiţie. Părinţii, Joseph şi Julia Quinlan au făcut atunci apel la justiţie. Un prim judecător nu le-a dat dreptate, apreciind că părinţii nu pot avea dreptul de a hotărî moartea copilului lor şi că fiind vorba de un tratament medical, nu justiţia este în măsură să hotărască întreruperea lui. Apelul făcut la Curtea Supremă de Justiţie a Statului New Jersey le-a dat însă câştig de cauză pe alte criterii: **dreptul unui individ la viaţă privată şi dreptul de a-şi alege moartea are prioritate faţă de datoria statului de a păstra viaţa umană;** moartea fetei nu va fi rezultatul unei omucideri, ci va fi o stingere rezultantă a cauzelor naturale existente. Dreptul constituţional la intimitate al persoanei a putut fi exercitat doar prin părinţi, datorită incapacităţii sale. După debranşarea din mai 1976, însă, Karen a continuat să trăiască, necesitând alimentaţie artificială şi protecţie cu antibiotice. S-a notat de către mai multe comisii de studiu că **alimentaţia artificială trebuie considerată îngrijire me-***

dicală, căci până atunci doar folosirea respiratorului era considerată ca atare. Timp de nouă ani părinţii ei au continuat să o viziteze, deşi locuiau la peste 70 de kilometri distanţă. Moartea a survenit abia în aprilie 1985. Părinţii ei au adunat fonduri din vânzarea unei cărţi şi din prezentarea unui film, consacrate cazului, bani cu care au creat un Centru Karen Quinlan care contribuie la spitalizarea la domiciliu a bolnavilor incurabili.

Conflictul medico-juridic persistă, deşi se pare că a apărut în SUA un **consens naţional**, iar judecătorii susţin că pacienţii au dreptul să refuze tratamentul, trecând peste obiecţiile unui spital sau ale unui centru de tratament cronic. Una din opiniile Curţii Supreme a fost:

„Moralitatea şi conştiinţa societăţii noastre plasează această responsabilitate în mâinile medicilor. Ce justificare ar exista pentru a o scoate de sub controlul profesiei medicale şi de a o plasa în mâinile curţilor de justiţie“ (Sprung, 1990).

***II. Cazul Helga Wanglie**, o bătrână de 87 de ani aflat de peste un an în stare vegetativă permanentă, branşată la un respirator, având o asigurare medicală integrală. Spitalul din Minnesota a făcut apel la justiţie, în ianuarie 1991, pentru a decide asupra oportunităţii prelungirii îngrijirilor medicale, având în vedere că până în acel moment cheltuielile depăşeau 500.000 de dolari. Ei au cerut ca o persoană separată de familie să decidă, deoarece soţul bolnavei declarase sentenţios că dorinţele pacientei au fost exprimate în sensul de a primi îngrijiri medicale nelimitate. Curtea de judecată a hotărât că **numai familia poate hotărî** în această privinţă. Numeroşi medici şi eticieni care au scris despre această sentinţă, însă, au evidenţiat că a fost o atitudine de pionierat în privinţa faptului că **medicii pot refuza tratamentul împotriva voinţei pacientului**, când consideră că e vorba de o „calitate prea scăzută a vieţii acestuia“.*

***III. În Cazul Mary O' Connor**, o văduvă cu demenţă prin lacunarism cerebral, prin Curtea de Apel a Statului New York, în Octombrie 1988 **s-a respins consensul naţional etico-medico-legal** prin care familiile pot lua decizii bazate pe interesele prioritare ale pacienţilor incompetenţi. Cele două fiice ale ei au avut obiecţii despre menţinerea ei în viaţă printr-un tub de alimentaţie artificială, fiind convinse că ea nu ar fi acceptat vreo formă de susţinere a vieţii, pe baza unor dorinţe exprimate fără ambiguitate în vremea când lucra într-o cameră de gardă la urgenţe. Spitalul a cerut autorizare judecătorească pentru alimentaţia artificială, iar procesul în primă*

Scanned with OKEN Scanner

instanţă a refuzat permisiunea de a folosi tubul (pacienta fiind hrănită intravenos până atunci), dar Curtea de Apel a evidenţiat că tratamentul de susţinere a vieţii trebuie continuat în absenţa unor probe fără echivoc că pacienta ar fi preferat să-l refuze. Mary a murit în august 1989 cu tot cu tub.

***IV. Cazul Nancy Cruzan** de la Curtea Supremă a SUA a fost primul caz de **drept de a muri**. Ea se afla de şapte ani în **stare vegetativă permanentă**, după un accident de automobil suferit în 1983, iar acum avea 32 de ani. Era menţinută cu alimentaţie artificială prin tub, în ciuda atrofiei cortexului cerebral, în statul Missouri, cu preţul a 130.000 de dolari anual. În 1987, după patru ani părinţii ei ceruseră să I se scoată tubul de alimentare ca ea să poată muri. Spitalul a insistat ca cererea părinţilor să fie validată de un ordin al curţii. O curte inferioară a admis cererea părinţilor, dar în 1988, Curtea Supremă a Statului Missouri a schimbat decizia pe baza **interesului absolut al statului în menţinerea vieţii** şi al lipsei probelor clare şi convingătoare că pacienta însăşi ar fi refuzat tratamentul de susţinere al vieţii. Ei au precizat că **dreptul cuiva de a refuza tratamentul este personal şi nimeni nu îl poate exercita în interesul lui**. Deşi pacienta îşi exprimase cândva dorinţa „de a nu trăi ca o legumă", iar mama ei a arătat că mai mulţi copii din Missouri nu pot beneficia de salvatorul transplant de măduvă osoasă pentru că se cheltuiesc anual 130.000$ pentru Nancy, decizia a fost menţinută cu toate că în statul Missouri există pedeapsa cu moartea, fapt prea puţin consonant cu „interesul absolut în menţinerea vieţii".*

Unii autori (Lo şi alţii, 1990) au subliniat unele aspecte ale drepturilor omului trecute cu vederea de curte:

- există un interes al societăţii în promovarea intereselor supreme ale pacienţilor incompetenţi;
- deciziile asupra tratamentului de menţinere a vieţii trebuie să respecte opiniile pacienţilor despre calitatea vieţii;
- curtea trebuie să adopte garanţii procedurale ţinând cont de posibilitate unor excese în care familiile lipsite de scrupule să dorească să întrerupă tratamentul în mod nejudicios.

În 1990 Curtea Supremă a SUA a susţinut opinia celei din Missouri cu decizie de cinci la patru. S-a conchis că prin Constituţia SUA nu se interzice unui stat de a cere probe clare şi convingătoare ale unei decizii exprimate de o persoană în perioada când era competentă, asupra renunţării la hidratare şi alimentaţie artificială, în aşa fel ca acesta să-i cauzeze moartea.

Scanned with OKEN Scanner

Opinia dizidentă a fost că :

- interesul libertăţii adulţilor cu capacitate de a decide refuzul tratamentului este fundamental;
- statul nu are un interes legitim general asupra vieţii cuiva, deosebit de interesul persoanei respective de a-şi trăi viaţa, care ar putea precumpăni alegerea persoanei de a refuza tratamentul medical;
- decizia de a nu întrerupe mijloacele de susţinere ale vieţii perpetuează existenţa degradată a pacientului, procedurile medicale transformând fiinţe umane incompetente în subiecte pasive ale tehnologiei medicale;
- memoria celorlalţi despre pacient este tot mai distorsionată, deşi acesta nu este propriu-zis muribund, iar suferinţa familiei este menţinută în continuare.

Importanţa care s-a acordat deciziei în cazul Cruzan şi potenţialul ei de a dezinforma profesiunea medicală au fost reflectate într-o aserţiune publicată, făcută de un grup de 35 de bioeticieni, printre care şi medici. Ea subliniază că în Curtea de Justiţie s-a afirmat **dreptul pacienţilor competenţi de a refuza tratamentul de susţinere al vieţii** şi că medicii au fost solicitaţi să-şi urmeze simţul clinic şi etic pentru a discuta cu pacienţii despre tratamentele de susţinere a vieţii.

Vom cita din **Declaraţia bioeticienilor asupra deciziei Curţii Supreme a Statelor Unite în cazul Nancy Cruzan** (Bioethicists' Statement on the US Supreme Court's Cruzan Decision):

„Dacă statul Missouri poate să-şi impună voinţa asupra pacientei Cruzan şi asupra familiei ei, nici unii din noi nu suntem în siguranţă faţă de statele care doresc să ne controleze deciziile asupra îngrijirii sănătăţii şi morţile noastre“. (Annas, 1990).

Dacă pacientul este competent, el poate refuza orice tratament, chiar dacă aceasta îi va aduce moartea. Aceasta implică **respectarea dreptului la autonomie**, cuprinzând hrănirea artificială şi hidratarea. Procedurile nu se bucură de drepturi, dar pacienţii da. Decizia de a nu face tratament nu este o decizie medicală, ci este o **decizie personală**, care poate fi făcută doar de pacientul care va fi afectat în mod direct de ea. Dacă nu ar exista dreptul de a refuza tratamentul recomandat, acest drept ar fi doar un **fals**, pe care l-am putea denumi „**dreptul de a fi de acord cu doctorul tău**“. Exemplificarea situaţiei este făcută de următorul caz.

V. Cazul Candura, *o doamnă de 77 de ani care suferea de gangrenă la picior, care a refuzat să facă amputaţia care i-a fost reco-*

Scanned with OKEN Scanner

mandată. Curtea a găsit că pacienta era când defensivă, când combativă, că uneori era confuză şi mintea i-o lua razna, iar conceptul despre timp era distorsionat. Cu toate acestea, ea a dat dovadă de un înalt grad de prezenţă şi acuitate. Pacienta a lămurit asistenţa că nu doreşte operaţia, chiar dacă ştia că decizia ei o va duce la moarte în scurt timp. Concluzia curţii a fost că alegerea ei a fost făcută cu „luarea în deplină considerare a consecinţelor". Drept urmare, ea a fost declarată competentă, căci „lipsa de raţionalitate a deciziei nu justifică o concluzie de incompetenţă în sens legal. Legea îi protejează dreptul de a lua decizii personale de a accepta sau respinge un tratament, fie că decizia este înţeleaptă sau din contra" (Annas, 1992).

Practic **nu există limite legale în dreptul persoanelor competente de a refuza tratamentul.**

Statul poate însă contesta decizia pacientului bazându-se pe o serie de aşa zise **interese statale**, care tind să o contrabalanseze. Necesităţile enumerate ar fi:

1. **păstrarea vieţii**
2. **protejarea terţilor nevinovaţi**
3. **prevenirea sinuciderii**
4. **menţinerea integrităţii profesiunii medicale.**

Nu este acelaşi lucru atunci când este vorba de copii, care nu sunt competenţi. Deci, **părinţii nu pot refuza tratamentul potenţial de susţinere a vieţii pentru copii lor.** Dacă ei doresc, din motive religioase, să devină martiri sunt liberi să o facă, dar nu au dreptul să îşi martirizeze copiii. Obligaţia lor este de a acorda copiilor **„îngrijirea medicală necesară"**. Când sunt disponibile mai multe alternative acceptate de practica medicală, părinţii pot alege dintre acestea. Când singura alternativă este **non-tratamentul**, părinţii pot alege această opţiune în mod legal, numai dacă este conformă cu **„cele mai bune interese" (best interests)** ale copilului.

VI. Cazul Baby Doe (copilaşul necunoscut) *a reprezentat implicarea legală a statului în asemenea situaţii. Pe 15 aprilie 1982, o fetiţă în vârstă de şase zile cu sindrom Down a decedat în oraşul Bloomington, din Statul Indiana, SUA, ca urmare a unei decizii aprobate de curtea de justiţie de a nu i se face o operaţie chirurgicală de rutină. Copila avea o fistulă traheeo-esofagiană, care făcea alimentarea imposibilă, şi care a rămas nereparată. Ea a primit doar morfină şi fenobarbital, fiind lăsată să moară de foame. Opinia curţii a fost că dacă ar fi existat o dispută între medici asupra tratamentului, părinţii ar fi putut alege non-tratamentul. Conform principiilor*

Scanned with OKEN Scanner

legale, însă, cerinţa de tratament fiind în beneficiul copilului, părea legală şi etică, deci Baby Doe trebuia să fi fost tratată. Opinia publică a fost indignată de lipsa tratamentului.

Departamentul de Sănătate şi de Servicii umane a atenţionat printr-o scrisoare trimisă la aproximativ 7000 de spitale, că este ilegal pentru un spital care primeşte finanţare din fondurile federale să întrerupă hrănirea artificială sau tratamentul medico-chirurgical a unui nou-născut handicapat, care ar îndepărta o situaţie ce primejduieşte viaţa dacă:

- întreruperea se face pe baza faptului că acest copil e handicapat;
- handicapul nu contraindică tratamentul sau alimentaţia artificială.

Aceste **Reglementări - Baby Doe regulations** au fost **invalidate** în ultimă instanţă de Curtea Superioară de Justiţie a SUA, dar ele au servit la concentrarea atenţiei publicului asupra tratamentului adecvat necesitat de noi-născuţii handicapaţi şi asupra rolului statului în protecţia copilului.

Părinţii, chiar mânaţi de cele mai bune intenţii, iau uneori decizii împotriva intereselor copilului lor, iar în consecinţă s-a propus ca să se poată **refuza de către medic anumite tratamente solicitate de părinţi**, pe care ei le consideră împovărătoare şi fără beneficiu.

***VII. Cazul Baby L.** este sugestiv în această privinţă. O fetiţă de 23 de luni, afectată neurologic, care nu răspundea decât la durere, cu numeroase intervenţii medicale şi chirurgicale în antecedente necesita ventilaţie mecanică şi susţinere cardio-vasculară permanentă. Ea făcuse deja patru stopuri cardio-respiratorii, dar mama ei cerea în continuare „să se facă tot ce este posibil ca să asigure supravieţuirea copilului". O întrunire a factorilor responsabili din spital a ajuns la concluzia că orice altă intervenţie ar reprezenta doar un supliment de durere pentru copil fără a modifica starea de bază sau prognosticul funest, dar mama a refuzat această părere şi a dat spitalul în judecată. Curtea a dispus postarea unui gardian la patul copilului, iar o neurologă pediatră de la alt spital s-a oferit să se conformeze dorinţelor mamei, copilul fiind transferat în îngrijirea ei. Doi ani mai târziu fetiţa era oarbă, surdă, tetraplegică, hrănită prin gastrostomie, având în medie câte o sincopă pe zi. Starea ei mintală era aceea a unui copil de trei luni (Paris et al., 1990).*

Autorul citat conchide că „**responsabilitatea nu trebui împinsă pe umerii pacientului (în cazul acesta - ai mamei)** *într-o tentativă rău direcţionată de a respecta autonomia. Pacientul şi familia lui pot, desigur, să accepte sau să refuze recomandările medicilor, dar nu*

Scanned with OKEN Scanner

au libertatea de a-şi hotărî singuri tratamentul, iar nici medicul nu este obligat să-l administreze".

Se pune problema dacă un pacient are **dreptul să ştie că cei care îl îngrijesc îl consideră a fi un pacient în stare terminală?** În mod clar societatea americană a răspuns afirmativ la aceasta, arătând că este nevoie de realism pentru a şti cine trebuie să-şi facă planuri de moarte. Puţin medici se mai situează astăzi în tagma celor care ascund diagnosticul de boală terminală, în ideea că o asemenea decizie poate fi luată doar în circumstanţele concrete ale psihologiei pacientului şi că rareori poţi şti cu precizie sorocul morţii unui pacient. **Speranţa supravieţuirii este esenţială**, dar nu este adevărat că se poate trăi la nesfârşit doar din ea. Un pacient canceros poate începe să creadă că, de fapt, nici nu are cancer şi că până la urmă va ajunge să-şi vadă copilul terminând liceul sau facultatea. Onestitatea despre diagnostic nu înseamnă în nici un caz negarea dreptului pacientului la speranţă. Uneori, **pentru a nu se pierde speranţa**, se eludează cu bună ştiinţă cunoaşterea adevărului.

Maniera de comunicare a diagnosticului de boală terminală este greu de stabilit, fiind adaptată inclusiv la psihologia medicului care face comunicarea. Deşi uneori o manieră directă poate fi eliberatoare pentru bolnav, există medici care nu pot aborda o atare manieră. Evident că pe principiul *„Ceea ce este pentru unii elixir, pentru alţii este otravă"*, comunicarea făcută brutal, unui bolnav cu personalitate angoasată, poate duce la tendinţe autolitice. Este preferabil să nu se facă dezvăluirea, dacă ea **nu este justificată de interesul salvat**, riscul comunicării fiind mai mare. Dacă pacientul îşi exprimă în mod clar dorinţa de a nu i se comunica un diagnostic terminal, este recomandabil să fie întrebat cui doreşte el ca acest diagnostic să fie comunicat. Acest lucru este destul de rar oricum, căci moartea este inevitabilă, iar planificarea pentru întâlnirea cu ea nu trebuie aruncată asupra rudelor şi asupra celor dragi.

Nu este de neglijat consultul inter-clinic cu un psiholog, un psihiatru sau un psiho-terapeut anterior utilizat de bolnav, pentru a obţine recomandări utile în ceea ce priveşte maniera cea mai adecvată. Pentru a-l ajuta pe bolnav să-şi accepte diagnosticul, medicul trebuie să continue să discute deschis cu pacientul, asigurându-l că se va face tot ce este omeneşte posibil pentru ca viaţa să-i fie confortabilă. Unii medici preferă să transfere sarcina acestor discuţii **preotului capelan** (preotului spitalului), care ar fi cel în măsură să discute despre moarte. Această practică nu este justificată, deoarece

Scanned with OKEN Scanner

reprezintă **împărtăşirea de rutină a informaţiilor confidenţiale unui terţ**. Lăsându-i capelanului sarcina de a transmite prognosticul pacientului reprezintă în mod simbolic gestul de a-ţi lua mâinile de pe el spunând de fapt „Eu nu mai am nimic de făcut cu acest pacient!“

Se pune întrebarea **dacă pacientul muribund are dreptul să ceară ca diagnosticul său să nu fie comunicat vreunui membru al familiei?** Acest lucru este **posibil** în spiritul dreptului la cunoaşterea adevărului, al dreptului la confidenţialitate şi la intimitate.

Un alt autor (Benrubi, 1992) scoate în evidenţă că *„multe din morţile dureroase sunt consecinţa directă ale progresului medical care fac posibilă supravieţuirea pentru o bună bucată de vreme, dar fac totodată ca moartea, atunci când boala (un cancer, de exemplu) covârşeşte organismul tratat în ultimă instanţă, să fie mai lungă şi chinuitoare decât ar fi putut fi înainte de introducerea noilor tehnologii. În asemenea situaţii care adesea nu durează decât o perioadă scurtă dacă sunt lăsate să-şi urmeze cursul,* ***compasiunea, intuiţia şi bunul simţ strigă, cerând o intervenţie activă pentru curmarea suferinţei odată pentru totdeauna“.***

El propune pentru punerea în practică a euthanasiei voluntare introducere stringentă a unor **criterii procedurale fixe necesitând minimum trei medici**:

- acel care îngrijeşte actual pacientul
- un anestezist cu calificare specială în tratamentul durerii
- un psihiatru care să demonstreze cu siguranţă că nu este vorba de o depresie patologică tratabilă.

Să examinăm problema: **„Când este adecvat să mori, totuşi?“**

Indiferent de cât de plin de consideraţie ar fi medicii şi de cât de multă bună-voinţă s-ar degaja din atmosfera de spital, cât de plini de afecţiune ar fi rudele şi prietenii sau cât ar fi pacientul de obişnuit cu rutina imobilizării, vine o vreme când toţi cei implicaţi trebuie să-şi pună întrebarea dacă mai are sens să continue tentativele viguroase de a amâna inevitabilul. În mod regretabil literatura „clasică“ asupra subiectelor de „moarte“ şi „agonie“ este preocupată mai degrabă să disece numeroasele implicaţii etice şi legale ale momentului şi manierei morţii, decât să se refer la ceea ce poate face cineva ca ultimele luni sau săptămâni din viaţă să-i fie cât mai pline de o „stare de bine“ (de confort). Pentru a da un răspuns la întrebare **trebuie să ne desprindem de vechile tabu-uri** şi să încercăm să ne însuşim câteva idei de bun simţ, pe baza experienţei practice a specialiştilor.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă un pacient are dreptul să refuze orice intervenţie medicală, are **dreptul să refuze şi resuscitarea cardio-pulmonară**, dacă aceasta nu este administrată în condiţii de urgenţă. De obicei, medicii au un „privilegiu legal" de a trata urgenţele fără consimţământul bolnavului, deoarece obţinerea acestuia este imposibilă din cauza timpului scurt. Cu toate acestea, dacă urgenţa poate fi anticipată, iar **pacientul refuză să-şi dea consimţământul în avans** pentru vreo intervenţie (resuscitare cardio- pulmonară sau transfuzie), intervenţia nu poate fi impusă legal sau etic celui care nu consimte.

Resuscitarea cardio-pulmonară (cardiopulmonary resuscitation - **CPR**) **este contraindicată atunci când nu face bine.** În momentul în care faptul că nu este utilă (mai mult decât faptul că nu este eficientă) este evident, este clar că nu poate fi nici indicată. Curţile americane de justiţie au categorisit-o adesea ca „**intempestivă, violentă prin natura ei şi lipsită de finalitate**" („higly intrusive, violent in nature and unproductive"). Se ştie de la medicii vârstnici că după introducerea transfuziilor de sânge, nimeni nu putea muri într-un spital până când nu primea o transfuzie de sânge. Se pare că astăzi, după mai bine de un sfert de secol de la introducerea resuscitării cardio pulmonare, nimeni nu poate muri în spital fără să beneficieze de ea.

Dacă pacientul refuză procedurile invazive cum ar fi:

- intubaţia oro-traheală,
- protezarea respiraţiei,
- şocul electric de defibrilare
- liniile de perfuzie,
- pace - makerul temporar,
- balonul de contrapulsaţie,
- medicaţia şocului cardiogen,

medicul va introduce în foaia de observaţie a pacientului un „**ordin de a nu resuscita" (DNR)**. Asta înseamnă că dacă inima bolnavului se opreşte în mod spontan, datorită evoluţiei bolii sale, el va muri deoarece nimeni nu îl va resuscita.

O întrebare actuală şi de viitor ar fi: **Pacienţii au dreptul de a muri acasă?**

Răspunsul teoretic este **Da**, deşi societatea face ca lucrul acesta **să devină foarte dificil**. Mulţi bolnavi preferă acest lucru, deşi chiar familiile lor îi aduc la spital în ciuda dorinţelor lor exprimate clar. **Cooperarea între familie sau persoana cu care bolnavul tră-**

Scanned with OKEN Scanner

ieşte şi personalul medical este deosebit de importantă deoarece medicaţia antalgică sau alte medicamente paliative nu pot fi obţinute oricum. În acest domeniu se apelează la organizaţiile non - guvernamentale care reprezintă o preţioasă legătură între părţile implicate, şi care pot dezvolta programe de îngrijire la domiciliu a pacienţilor terminali, inclusiv a celor cu SIDA.

În ciuda lipsei unei certitudini, este important ca pacienţii să-şi exprime în mod detailat **„dorinţa (voinţa) pentru timpul când se află încă în viaţă“- liwing will** şi să învestească pe cineva (agent, attorney) cu puterea de a atesta documentat că persoana nu doreşte să primească tratament de susţinere a vieţii în anumite condiţii. Deşi **„Statutele voinţelor exprimate pentru timpul vieţii“** (Living Will Statutes) au fost puse în vigoare în peste 40 de state americane, mulţi oameni nu îşi iau măsura de a-şi desemna un înlocuitor. Termenul de **înlocuitor de pacient (surrogate patient)** datează din anul 1983, el referindu-se la **cel care decide pentru pacientul care nu are capacitate.** Prin Constituţia Americană nu se prevede, încă, vreo stipulare ca să se poată cere diverselor state să pună în vigoare deciziile unor înlocuitori adecvat desemnaţi.

Mai puţin de 10% din americani au făcut asemenea învestiri sau şi-au făcut **carnete de donator de organe**, utilizabile în cazul că vor ajunge în mod accidental în de **stare vegetativă persistentă.**

Tendinţa de desemna un înlocuitor de pacient sau **înlocuitor de factor de decizie (substitute decision-maker)** pentru pacienţii incompetenţi a fost de a numi pe unul din membrii familiei pacientului ca fiind cel mai în măsură să cunoască dorinţele, credinţele şi axiologia exprimate anterior de pacient. În anumite instanţe, totuşi, la discreţia curţii, a fost desemnat un vechi prieten, un partener homosexual, sau un camarad cu care a petrecut ultimii ani într-o casă de îngrijire a sănătăţii. Prin înlocuitorul pacientului lipsit de autonomie se exercită dreptul de a alege sau de a respinge tratamentele de susţinere a vieţii.

S-a sugerat că **interesul real al pacientului** poate fi servit mai bine de un **dialog public larg** asupra judecăţilor de **rezonabil** şi **inutil** în medicină, decât de preocuparea pentru *forma* şi nu pentru *conţinutul* autonomiei pacientului.

Scanned with OKEN Scanner

Ordinul sau decizia de „A NU RESUSCITA"

Munca anesteziştilor şi reanimatorilor este astăzi influenţată masiv de modernizarea serviciilor de ambulanţă, prin introducerea unităţilor de tratament al şocului care transportă cu elicopterul accidentaţii, care ar fi murit altminteri, aducându-i la tratament în câteva minute. În general aceştia sunt adulţi tineri, mulţi dintre ei comatoşi suferind de **leziuni cerebrale indelebile** sau **tetraplegici** din cauza traumatismelor medulare înalte. Unii din ei au avut ocazia să fi afirmat încă dinainte că nu găsesc acceptabilă o supravieţuire de în asemenea condiţii.

În lumea anesteziştilor şi reanimatorilor există câteva **noţiuni clare**, care au fost însuşite şi de public în mod treptat. Noţiunile, care privesc **deciziile de urmat** în cazul specific al unui bolnav anume, sunt:

- **DNAR** - Do Not Attempt Resuscitation **(A nu se tenta resuscitarea)**
- **DNR** - Do Not Resuscitate **(A nu se resuscita)**
- **No CPR** - No Cardio Pulmonary Resuscitation **(A nu se face resuscitare cardio - respiratorie - RCR)**

Aceste **ordine** sau **coduri** sunt trecute pe fişa bolnavului care, competent fiind şi-a exprimat voinţa de a nu a fi resuscitat în condiţiile în care cordul său se opreşte în evoluţia naturală a bolii. Aceleaşi **coduri de atitudine** pot fi solicitate şi de familia unui bolnav. Ele sugerează că *nu mai pot fi atinse scopurile resuscitării şi că nu se vor pune în practică* „**terapii eroice**" sau „**măsuri extraordinare**". Într-o perspectivă temporală, un autor francez atrage atenţia că extraordinarul de ieri poate deveni obişnuitul de mâine. (Larcan A.-1992). Astfel cei care propun să nu se apeleze la „mijloace extraordinare" înţeleg de fapt „mijloace inadecvate circumstanţelor".

Se face referinţă la următoarele situaţii:

- iniţierea măsurilor de susţinere vitală;
- întreruperea măsurilor de susţinere vitală;
- iniţierea măsurilor de „**advanced life suport**";
- întreruperea măsurilor de „**advanced life suport**".

Motivele pentru care se pot solicita aceste ordine sunt, după doi autori, următoarele :

- tratamentul medical nu aduce nici un beneficiu;

Scanned with OKEN Scanner

• calitatea vieţii este inacceptabilă încă înainte ca resuscitarea să fie necesară;

• calitatea vieţii va fi inacceptabilă după resuscitare.

Aceste condiţii fiind date se pune întrebarea dacă **un pacient sau familia lui poate cere CPR (RCR) deşi nu există indicaţie medicală?** Răspunsul este clar: *„**Nu**; pacienţii sau familiile care solicită CPR (RCR) când este aproape sigur inutilă, o fac din cauza faptului că neagă perspectiva morţii, se gândesc la minunile medicinei moderne sau la imaginile de televiziune cu CPR benigne. Medicul care va acorda CPR în asemenea condiţii, va susţine doar mecanismele naturale de apărare şi va sugera - independent de ceea ce ar putea susţine în mod contrar - că CPR ar avea vreo valoare. În asemenea condiţii, opţiunea pacientului pentru CPR se va baza pe o înţelegere greşită a beneficiilor ei şi de aceea **va frustra punerea în practică a principiului autonomiei în loc să-l servească**"* (Tomlinson, Brody. 1990).

Condiţiile pentru aplicarea ordinului DNR:

1. Este vorba de un pacient competent, informat;
2. El se va bucura de aceeaşi atenţie din partea personalului medical, nefiind vorba de diminuarea interesului sau a efortului de diminuare a suferinţelor lui;
3. Nu i se va face euthanasie activă în nici un caz;
4. Dacă DNR este retrasă se vor aplica toate măsurile medicale de susţinere a vieţii, inclusiv reanimare cardio-respiratorie (RCR);
5. Elaborarea deciziei de a nu resuscita se va face după discuţii clare între personalul medical şi pacient sau reprezentantul lui autorizat;
6. Medicul trebuie să-şi asume responsabilitatea de a informa pacientul sau reprezentantul său desemnat asupra diagnosticului şi asupra opţiunilor terapeutice, în aşa fel încât decizia să fie luată după o bună informare;
7. După emiterea DNR, ordinul este scris pe foaia de observaţie (fişa pacientului) de către medicul ce se ocupă de bolnav;
8. La nevoie decizia poate fi revizuită, reînnoită sau modificată, cu consemnarea de rigoare în foaia de observaţie;
9. Dacă pacientul este externat sau transferat într-un alt serviciu DNR îşi pierde valabilitatea;
10. Medicul curant este responsabil de aplicarea în practică a DNR.

Scanned with OKEN Scanner

Criteriologia aplicării ordinului DNR se face pe baza unor **instrumente de predicţie**, care sunt binecunoscute de reanimatori. Ele nu au fost aceleaşi în decursul timpului, deceniul precedent aducând o serie de noutăţi care au fost adoptate după conferinţe de consens şi congrese internaţionale (Trif A. B. 1997). Elaborarea **scorurilor de gravitate** s-a făcut prin prelucrarea statistică pe computer a unui număr uriaş de cazuri. Se foloseşte un „**Model de Probabilitate a Mortalităţii**" (**MPM** - mortality probability model) care permite o estimare pe criterii uniforme. Citǎm scorul **OSF** (organ systems failure) folosit în anii '80 şi scorul **APACHE** folosit în anii '90 ca cele mai notorii. Pentru cele mai bine utilate servicii din lume se acceptă în consens ordinul DNR în următoarele cazuri:

- SIDA în fază terminală;
- sindromul de disfuncţie organică multiplă (MODS) - afectarea a trei sau mai multe organe;
- ciroza hepatică cu insuficienţă renală cronică (creatinina serică peste 1,3 mg/100ml), care necesită ventilaţie mecanică;
- cancere cu metastaze multiple cu insuficienţă respiratorie ce necesită ventilaţie mecanică.

Există o accepţiune generală că **pacientul adult, competent**, în deplina posesie a simţurilor sale, incluzând bunul-simţ, **are dreptul de a refuza orice tratament**. Este mai puţin sigur că un asemenea refuz are eficienţă după ce pacientul îşi pierde competenţa legală. Şi mai puţin clar este statutul dorinţei exprimate de un pacient potenţial, în ceea ce priveşte ce ar dori să i se facă în unele circumstanţe viitoare ipotetice.

Competenţa bolnavului se determină de către echipa medicală, iar eventual se apelează la un consult psihiatric.

În cazul **pacientului incompetent** se impune intervenţia unui **comitet de etică**. Sunt utile şi negocierile repetate ale echipei medicale în prezenţa membrilor familiei, a prietenilor pacientului - **next of kin**, a preotului capelan sau a preotului personal. Partenerul de viaţă al pacientului / pacientei (soţia/soţul; concubina/concubinul; partenerul homosexual; tovarăşul de detenţie, de sanatoriu) sau copiii pot fi în măsură să cunoască opiniile şi opţiunile lui asupra calităţii vieţii şi dorinţele în consecinţă.

Cazul Sharon Siebert ilustrează perfect acest lucru. *O femeie de 41 de ani se afla de 5 ani într-o severă afectare cerebrală, consecinţă a unei operaţii. Vârsta ei mintală era a unui copil de doi ani,*

Scanned with OKEN Scanner

fără nici o perspectivă de îmbunătăţire, iar speranţa ei la viaţă era de încă 37 de ani. Ea trebuia hrănită artificial deoarece nu putea înghiţi, fiind condamnată să-şi petreacă timpul doar în pat sau în căruciorul cu rotile. Comunicarea cu ea era minimă ca întindere şi conţinut. Medicul ei, în colaborare cu familia care şi-a dat consimţământul, a emis un ordin DNR care a fost atacat în justiţie de o prietenă de a pacientei, Jane Hoyt. În urma audierilor, Curtea a revocat ordinul DNR pe temeiul că acesta ar fi putut fi dat doar dacă Dna. Siebert însăşi ar fi dorit-o, şi nu exista nici o probă că ea ar fi dorit acesta.

Chiar **Papa Paul al VI-lea** (în funcţie între 1963-1978) a spus într-un mesaj adresat **Federaţiei Internaţionale a Asociaţiilor Medicilor Catolici** pe 3 octombrie 1970, că medicilor nu li se cere să folosească „mijloace extraordinare“ pentru a menţine o scânteie de viaţă într-un pacient deteriorat, fără posibilitate evidentă de revenire. Analizată astăzi, aserţiunea dă naştere la ambiguităţi căci Vaticanul se referea doar la nişte proceduri „noi“ din acea vreme cum ar fi defibrilarea, masajul cardiac şi respiraţia artificială. Se poate înţelege, fără mare dificultate, că este vorba de o poziţie de pe care se apără, sau măcar se agreează „euthanasia pasivă“.

P. J. King, preşedintele **Comitetului de Bioetică Pro-Life** din Wisconsin, S.U.A., un fervent **combatant anti-euthanasie**, prezent mereu pe paginile Internetului cu diverse articole, precizează:

„Este de o importanţă vitală de a înţelege că nu există lege, societate medicală sau religie şi nici chiar o organizaţie pro-life care insistă să forţeze o persoană muribundă să fie menţinută în viaţă prin mijloace eroice sau împovărătoare“.

Codul de Etică Medicală al **A.M.A.** (Asociaţia Medicală Americană) prevede că: *„Medicii nu sunt etic obligaţi să administreze îngrijirile de care, după cea mai bună deliberare profesională, pacienţii lor nu au o şansă rezonabilă să beneficieze“.*

Este prematur să prezicem evoluţia atitudinilor în situaţiile dificile cu care se confruntă medicii şi aparţinătorii bolnavilor lipsiţi de autonomie. Conduita în practica actuală implică o serie de decizii mici, bazate pe evaluarea repetată a stării fizice şi emoţionale a pacientului şi pe atitudinile, speranţele şi fricile familiei şi prietenilor săi. Este greu de închipuit cum un străin din afară, cum ar fi un **ombudsman** (avocat al poporului) sau chiar un **comitet de etică** ar putea aborda fără dificultate un complex de trăiri care trebuie să fie

Scanned with OKEN Scanner

cât mai puţin influenţate de imperative exterioare, pentru a nu putea fi vorba de un caz de tulburare a intimităţii *(invasion of privacy)*.

De orice nemulţumire din partea familiei profită în general avocaţii, care se ocupă de urmărirea în justiţie a medicului pe unele **temeiuri** de:

- **medical malpractice** (rea practică medicală),
- **medical negligence** (neglijenţă medicală),
- **battery** (molestare - orice gest practicat de medic în ciuda refuzului explicit al bolnavului).

Implicarea juridică a ordinului de **„a nu se resuscita"** - DNR a dus la anumite atitudini practice, complementare consideraţiilor morale. Deoarece se stipulează că:

- este incorect ca toată responsabilitatea să cadă doar pe umerii familiei;
- familia este eterogenă, judecăţile ei sunt divergente, ezitante, lipsite de obiectivitate;
- solicitarea în sine creează conflicte, remuşcări inutile,
- se apelează la nişte **instituţii juridice ceva mai nou create** cu scopul de a evita arbitrarul.

Dintre cele mai cunoscute vom prezenta:

- Voinţa exprimată pentru timpul vieţii (**living will**);
- Reprezentarea avocăţească durabilă în ceea ce priveşte deciziile de îngrijire a sănătăţii (**durable power of attorney for health care decisions**);
- Procura în materie de îngrijire a sănătăţii (**health care proxy**);
- Formularul lărgit de istorie a valorilor (**extended values history form**).

Voinţa pentru timpul vieţii (living will) este o noţiune introdusă încă din 1967 de **Luis Kutner**. Ea se mai numeşte **„directivă dată în avans" (advance directive)** şi desemnează un document prin care un adult competent îşi stabileşte dorinţele în legătură cu tratamentul medical în eventualitatea că va deveni incapabil în viitor. Ar putea fi ca un testament, dar este un testament pentru cazul când se va mai afla în viaţă, fără posibilitatea de a-şi exprima punctul de vedere. Interesul public a fost maxim în această privinţă. Din cauza lipsei unei sancţiuni judiciare specifice şi a absenţei unor reglementări clare privind punerea lor în aplicare, interpretarea şi utilizarea lor, mulţi indivizi şi organizaţii au cerut ca statele americane să introducă **statute specifice** care să susţină aceste acte.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste statute sunt necesare pentru o unificare conceptuală. De exemplu, **Administraţia Veteranilor din SUA** defineşte termenul de **„boală terminală“** ca *„o condiţie debilitantă care este incurabilă medical... şi care poate cauza moartea...incluzând (şi), dar nelimitându-se la condiţiile unde moartea este iminentă, ca şi condiţiile cronice şi debilitante din care nu există speranţă rezonabilă de revenire“*. Unii susţin că o asemenea definiţie ar permite debranşarea de mijloacele de tratament de susţinere a vieţii de la cardiaci sau diabetici.

În 1987, Dr Otis Boven, secretar al Departamentului de Stat pentru Sănătate a declarat în faţa Comisiei de Finanţe a Senatului că singura modalitate de a combate costurile mari pentru îngrijirea sănătăţii este încurajarea populaţiei americane să scrie *living wills.* Chiar preşedintele **Bill Clinton** şi soţia sa Hillary au dus o campanie activă în lămurirea cetăţenilor de a semna asemenea acte.

Există mai multe forme de *living wills*, care circulă în Statele Unite şi Canada. Numai în Anglia există câteva feluri de formulare emise de **Societatea Engleză de euthanasie voluntară**, de **Societatea Scoţiană de euthanasie voluntară** - VESS, sau de alte organizaţii cum ar fi **Centrul pt. Moarte Naturală** (Natural Death Centre).

Un formular de *living will* cunoscut încă din 1972 în SUA este cel pregătit de **Consilul Educaţional pentru Euthanasie** (Euthanasia Educational Council).

Scanned with OKEN Scanner

LIVING WILL
CĂTRE FAMILIA MEA, MEDICUL MEU, PREOTUL MEU, AVOCATUL MEU

Dacă va veni vremea ca să nu mai pot lua parte la deciziile ce privesc propriul meu viitor, fie ca această declaraţie să fie considerată ca testamentul dorinţelor mele:

Dacă nu mai există speranţe rezonabile pentru vindecarea mea dintr-o afecţiune fizică sau mintală,

Eu, ...(subsemnatul) cer să fiu lăsat să mor şi să nu fiu menţinut în viaţă prin mijloace artificiale sau măsuri eroice. Moartea este tot atât de reală cât şi naşterea, creşterea, maturitatea şi îmbătrânirea - aceasta e o certitudine. Eu nu mă tem de moarte, cât mă tem de lipsa de demnitate a degradării, a dependenţei şi a durerii fără speranţă. Cer ca medicaţia să mi se administreze din milă pentru suferinţa terminală, chiar dacă îmi va grăbi moartea.

Această cerere este făcută după o deliberare grijulie. Deşi acest document nu are putere juridică, voi, cei cărora sper că vă pasă de mine, vă veţi simţi moral obligaţi să procedaţi conform acestui mandat. Recunosc că el aruncă o mare povară de responsabilitate asupra voastră, dar eu fac această declaraţie cu intenţia de a împărtăşi această responsabilitate şi de a diminua orice sentiment de vinovăţie.

Semnătura,
Data,
Martori:

Modelul american de *living will* este oarecum îmbunătăţit, cuprinzând şi desemnarea unui înlocuitor pentru decizie:

Living Will - Voinţă pentru timpul vieţii şi de numire a unui înlocuitor pentru luare a deciziilor

Moartea este tot atât de reală ca naşterea, creşterea şi îmbătrânirea - este una din certitudinile vieţii. Anticipând deciziile pe care trebuie să le iau în legătură cu propria mea moarte şi ca expresie a dreptului meu de a refuza tratamentul eu, subsemnatul ...., fiind întreg la minte, fac această declaraţie ce cuprinde dorinţele şi instrucţiunile cu privire la tratament.

Prin intermediul acestui document, pe care îl doresc învestit cu putere legală, eu îi îndemn pe medicul meu şi pe alţii care se ocupă de sănătate, pe cei din familia mea şi pe **înlocuitorul meu desemnat de mine sau aprobat de Curte** să-mi ducă la îndeplinire dorinţele. Dacă voi deveni nevolnic, datorită fie incapacităţii fizice sau celei mintale, în materie de decizii asupra îngrijirii mele medicale, lăsaţi ca acest document să reprezinte îndrumarea şi autoritatea necesară pentru toate deciziile de acest tip şi oricare dintre ele.

Scanned with OKEN Scanner

Această cerinţă poate părea că aruncă o grea responsabilitate asupra dvs., dar fiind luată în deplin acord cu convingerile mele de nestrămutat, eu intenţionez să uşurez această povară. Eu acţionez după o deliberare grijulie, înţelegând consecinţele actelor de a-mi îndeplini dorinţele.
(În acest spaţiu se pot face specificări opţionale)

Statutele curente ale voinţelor pentru timpul vieţii se confruntă cu unele probleme dintre care amintim:

1. Sunt referitoare doar la bolnavii terminali, excluzând astfel din protecţia lor o mare majoritate de vârstnici; termenul bolnav terminal este suficient de vag încât poate fi interpretat şi aplicat în mod arbitrar.

2. Limitarea tipurilor de tratament pe care o persoană le poate refuza la acele aşa zise „artificiale“ şi „extraordinare“ nu cuprinde o întreagă gamă de tratamente împovărătoare, iar aceşti termeni vagi lasă loc interpretărilor arbitrare.

3. Ele nu permit unui individ să desemneze o persoană care să acţioneze în sprijinul individului (aşa cum o face permanenta reprezentate a avocatului) şi nu pot constitui criterii după care persoana astfel desemnată să îşi exercite autoritate, restrângându-se astfel mult utilitatea documentului pentru cazurile care nu au fost prezise în mod precis de către individ.

4. Ele nu cer celor care acordă îngrijiri de sănătate să urmeze dorinţele pacientului, aşa cum sunt ele afirmate în declaraţie, în aşa fel încât drepturile pacientului nu apar a fi superioare faţă de drepturile celor care acordă îngrijirile de sănătate.

5. Ele nu cer în mod explicit celor care acordă îngrijirile de sănătate să continue îngrijirea paliativă (starea de confort şi îndepărtarea durerii) la un pacient care refuză alte intervenţii medicale.

Puterea avocăţească durabilă în deciziile de îngrijire a sănătăţii - DPAHC

Puterea avocăţească (reprezentarea) este un document scris prin care o persoană dă altcuiva autoritatea de a duce la îndeplinire nişte acte în folosul său, conform directivelor sale. Persoana căruia i se acordă autoritatea de a acţiona printr-un document de putere avocăţească este un **agent**, care poate fi denumit **avocat de fapt**. Persoana care face un asemenea document este denumit **principal**. De obicei, puterea (reprezentarea) avocăţească încetează să mai aibă eficienţă când principalul devine incompetent. **Puterea avocă-**

Scanned with OKEN Scanner

ţească durabilă, totuşi, continuă să fie eficientă. Principalul poate de asemenea să specifice că puterea avocăţească intră în acţiune doar după ce se va stabili incompetenţa principalului.

Actul este asimilat cu **procura în materie de îngrijire a sănătăţii (Health care proxy)** şi protejează medicii de responsabilitatea civilă sau penală, dacă aceştia respectă instrucţiunile agentului - **proxy**.

Procura în materie de îngrijire a sănătăţii are următoarea formă:

Health Care Proxy

Subsemnatul...., domiciliat în .... numesc pe ....., domiciliat în ..... în calitatea de **Agent de îngrijire a sănătăţii mele**, cu autoritatea de a lua pentru mine toate deciziile în legătură cu îngrijirea sănătăţii, inclusiv deciziile privitoare la tratamentul de susţinere al vieţii, cu excepţia limitărilor enunţate mai jos, în cazul când nu voi mai putea să iau eu însumi decizii cu privire la îngrijirea sănătăţii mele. Autoritatea Agentului meu se pune în vigoare dacă medicul meu constată în scris că eu nu sunt capabil de a lua sau de a comunica eu însumi deciziile asupra sănătăţii. Agentul meu va avea atunci aceeaşi autoritate de a lua decizii asupra sănătăţii ca şi mine dacă aş fi avut această capacitate să le fac cu următoarele EXCEPŢII: (urmează eventual o listă de restricţii).

Îl îndrum pe Agentul de îngrijire a sănătăţii mele să ia deciziile pe baza aserţiunilor sale asupra dorinţelor mele personale. Dacă nu mi se cunosc dorinţele personale, agentul meu va lua deciziile în baza aserţiunilor sale asupra celor mai bune interese ale mele. Fotocopiile acestei Procuri pentru îngrijirea sănătăţii au aceeaşi putere şi eficienţă ca şi originalul.

Semnătura,

Declaraţia martorilor

Noi, subsemnaţii martori, declarăm fiecare în parte că îl cunoaştem pe cel care a semnat Procura în materie de îngrijirea a sănătăţii, că el arată de peste 18 ani, că este întreg la minte şi nu se află sub vreo influenţă sau vreo constrângere. Nici unul din noi nu a fost denumit ca agent de îngrijire al sănătăţii prin acest document. Amândoi certificăm autenticitatea semnăturii celui care a semnat această Procură, sau că a fost semnată la ordinul persoanei, în prezenţa noastră.

Data, Martorul unu, Semnătura Martorul doi,Semnătura

Scanned with OKEN Scanner

Se pune problema **dacă aceste documente au putere legală** sau sunt doar consultative.

Există o formă scrisă specială pentru **Refuzul administrării de sânge** pentru membrii cultului Martorii lui Jehova, intitulată „**No Blood" form (directive)**.

În Canada a existat un caz celebru *Malette versus Shulman*, în care s-a decis că pacientul fiind pe deplin informat, refuzul era clar, iar administrarea de sânge făcută de Dr. Shulman a constituit o molestare. Doamna Malette a cerut prin justiţie daune care i-au fost acordate.

Dacă acest gen de **directivă dată în avans** este recunoscută de justiţie, este probabil că şi celelalte merită să fie respectate, atâta timp cât medicul nu poate proba circumstanţe descalificatoare în cazul respectiv.

În Anglia, Asociaţia Medicală Britanică sfătuieşte medicii după cum urmează: *„...acolo unde pacienţii incompetenţi sau inconştienţi au făcut o declaraţie formală şi specifică aplicabile circumstanţelor, doctorii trebuie să o considere ca având o putere legală potenţială".*

Living wills sunt uneori **contestate de Societăţile *pro-life*** pe motivul că ar fi înrobitoare, vagi, deschizând calea abuzurilor şi periculoase pentru societate, deoarece chiar valide fiind, nu sunt un ghid de tratament demn de încredere deoarece pacientul se poate răzgândi. Societatea **Ohio Right to Life Home** afirmă:

„Astăzi pacienţii sunt în mai mare pericol de a nu fi trataţi suficient, decât de a fi excesiv trataţi, mai ales persoanele dependente în situaţie de a fi instituţionalizate. Există astăzi incitări financiare majore adresate celor care acordă îngrijiri de sănătate pentru a nu trata suficient pacienţii (undertreat)".

Tot ei relatează pe Internet **Cazul Marjorie Nighbert**. *La vârsta de 80 de ani această doamnă l-a desemnat pe fratele său pentru a primi **power of attorney for health care** pentru ea. La vârsta de 83 de ani ea a făcut un accident vascular cerebral care a adus-o într-o stare de debilitare fizică gravă, inclusiv cu imposibilitatea de a înghiţi. I s-a introdus un tub de hrănire, dar fratele ei, în deplină legitimitate, a decis scoaterea tubului. Marjorie a început să sufere de foame şi a început să ceară hrană de la cei din jur. Un membru al personalului, sesizând gestul femeii care atingea rugător braţul unei surori, a anunţat un preot care a luat legătura cu organizaţia locală Dreptul la Viaţă, care au raportat cazul la Serviciile de Sănătate şi*

Scanned with OKEN Scanner

Reabilitare din Florida. Cazul a ajuns în instanţă, iar judecătorul a hotărât ca femeia să nu fie alimentată, deoarece nu este competentă să ceara de mâncare. Marjorie a murit pe 6 aprilie 1995, iar cel care a anunţat preotul a fost concediat.

Acelaşi **P. J. King** subliniază că:

„Nu aveţi nevoie de nici un fel de directivă dată în avans pentru a vă proteja de tratamentul ne-dorit. Dumneavoastră (sau membrii familiei dvs. dacă dvs. sunteţi incompetent) trebuie doar să-l refuzaţi".

El spune că un **living will**:

1. Nu oferă controlul pacientului asupra îngrijirii sănătăţii, ci doar îi iau autoritatea de a lua decizii, dând-o pe aceasta medicului. Un formular standard este centrat doar pe o problemă - respingerea îngrijirilor medicale.

2. Nu protejează pacienţii, ci protejează medicii. Actul îi oferă medicului imunitate faţă de responsabilitatea civilă sau penală pentru lipsa aplicării tratamentului sau pentru întreruperea lui. Cazuri ajunse în faţa curţii arată că, exoneraţi de răspundere, unii medici sunt dispuşi să refuze îngrijiri obişnuite - chiar apă şi mâncare - persoanelor sever handicapate care nu sunt muribunde.

Formularul lărgit de istorie a valorilor a fost introdus de Centrul pentru Dreptul şi Etica Sănătăţii, de la Facultatea de Drept a Universităţii New Mexico. El poate fi utilizată singur, sau ca o completare la un *living will.*

Formularele se completează răspunzând la o serie de întrebări, iar răspunsurile pot fi redactate după consultarea cu prietenii sau / şi familia. Fie sub formă de dialog, scenariu sau povestire, **istoria valorilor** reprezintă o bază de plecare valoroasă pentru aprecierea unei situaţii de întrerupere a tratamentului de susţinere a vieţii. Datele vor putea fi folosite pentru a se decide asupra viitoarelor opţiuni de tratament în cazul când se instalează incompetenţa bolnavului, sau ca un supliment la directivele date în avans.

Pacientului i se cere doar să-şi exprime punctele de vedere, fiind mai uşor de acceptat decât un *living will*, prin aceea că nu există riscul de a regreta o decizie fermă pentru pacient, iar pentru medic ne - existând spectrul litigiului juridic.

Istoriile valorilor dau o orientare mai realistă şi mai specifică pentru un **om apropiat (next of kin** - persoana desemnată pe un document care trebuie anunţată în caz că survine ceva neaşteptat,

Scanned with OKEN Scanner

care îl împiedică pe respectivul să ia legătura singur cu alţii), decât o poate face o conversaţie întâmplătoare. Ele sunt deosebit de importante pentru înţelegerea personalităţii pacientului de către medic şi pot fi folosite de rutină la formele de înscriere la un nou medic generalist.

Un asemenea formular, din 1995, ar arăta cam aşa:

ISTORIA VALORILOR

Semnătura Data

Dacă cineva vă ajută la completarea formularului, scrieţi aici
Numele lui:
Adresa:
Gradul de rudenie sau legătură:

ATITUDINEA GENERALĂ FAŢĂ DE VIAŢĂ ŞI SĂNĂTATE

Ce aţi dori să spuneţi dvs. cuiva care citeşte acest document despre atitudinea dvs. generală faţă de viaţă?
Ce ţeluri aveţi dvs. pentru viitor?
Cât de mulţumit sunteţi de ceea ce aţi realizat până acuma în viaţă?
Ce face ca viaţa să merite trăită, după părerea dvs.?
De ce vă temeţi dvs. mai mult? Ce vă înspăimântă sau vă nelinişteşte?
Ce activităţi vă fac plăcere (de exemplu - pasiuni, privitul la televizor)?
Cum aţi descrie dvs. starea dvs. de sănătate actuală?
Dacă aveţi în mod obişnuit vreo problemă de sănătate sau vreun handicap, cine sau ce este afectat: Dumneavoastră? Familia dvs.? Munca dvs.? Capacitatea dvs. funcţională?
Dacă aveţi vreo problemă de sănătate sau vreun handicap, cum vă simţiţi din această privinţă?
Ce doriţi ca alţii (familia, prietenii, medicii) să ştie despre acest lucru?
Aveţi greutăţi în ducere la bun sfârşit a activităţilor zilnice cum ar fi: mâncatul? gătitul mâncării? dormitul? îmbrăcatul? îmbăiatul? ş.a.
Ce aţi dori să-i spuneţi cuiva care citeşte acest document despre sănătatea dvs. generală?

RELAŢII INTER-PERSONALE

Ce rol joacă familia şi prietenii în viaţa dvs.?
Cum vă aşteptaţi ca prietenii, familia sau alţii să vă susţină deciziile privitoare la tratamentul medical de care puteţi avea nevoie în prezent sau în viitor?

Scanned with OKEN Scanner

Aţi făcut vreun aranjament cu familia sau prietenii să vă ajute în luarea deciziilor asupra tratamentului medical în beneficiul dvs.? Dacă da, cine a acceptat să vă ajute la luarea deciziilor pentru dvs. şi în ce circumstanţe?
Ce comentariu general aţi putea face despre relaţiile inter-personale din viaţa dvs.?

GÂNDURI DESPRE INDEPENDENŢĂ ŞI AUTO-SUFICIENŢĂ

Cum vă afectează viaţa independenţa sau dependenţa?
Dacă aţi fi în situaţia de a avea abilităţile fizice şi mintale diminuate, cum v-ar schimba aceasta atitudinea faţă de independenţă şi auto-suficienţă?
Cum vă simţiţi atunci când starea dvs. fizică sau mintală se înrăutăţeşte?

MEDIUL DE TRAI

În ultimii 10 ani aţi trăit singur sau cu alţii?
Cât de bine v-aţi simţit între lucrurile care vă înconjoară?
Cum ar putea o boală, un handicap sau îmbătrânirea să vă afecteze din acest punct de vedere?
Ce comentariu general aţi dori să faceţi despre lucrurile care vă înconjoară?

CREDINŢELE ŞI FUNDALUL RELIGIOS

Care este terenul dvs. spiritual / religios?
Cum vă afectează credinţa sentimentele faţă de bolile grave, de cele cronice, sau de cele terminale?
Cum vă ajută comunitatea credincioşilor din care faceţi parte, biserica sau sinagoga?
Ce comentariu aţi dori să faceţi despre credinţele dvs.?

RELAŢIA CU MEDICII ŞI CU ALŢI ÎNGRIJITORI DE SĂNĂTATE

Cum vă raportaţi faţă de medicii dvs? Vă rugăm să comentaţi despre: încredere; luarea deciziilor; timpul necesar unei comunicări satisfăcătoare; respectarea tratamentului.
Ce sentimente aveţi faţă de celălalt personal de îngrijire a sănătăţii - surori, psiho-terapeuţi, preoţi capelani, asistenţi sociali ş.a.?
Ce aţi mai vrea să spuneţi despre medici şi alţii care se ocupă de sănătate?

GÂNDURI DESPRE BOALĂ, AGONIE ŞI MOARTE

Ce comentariu general aţi face despre boală, agonie şi moarte?

Scanned with OKEN Scanner

Ce ar fi important pentru dvs. atunci când veţi fi pe moarte (confortul fizic, lipsa durerii, prezenţa membrilor familiei, etc.)?
Unde aţi prefera să muriţi?
Ce părere aveţi despre folosirea măsurilor de susţinere a vieţii dacă dvs. aţi suferi de: o boală cronică ireversibilă (de exemplu boala lui Alzheimer)? o boală terminală? o comă permanentă?
Ce comentariu general aţi dori să faceţi despre tratamentul medical?

STAREA FINANCIARĂ

Ce comentariu general aţi dori să faceţi despre finanţele dvs. şi orice cost legat de îngrijirea sănătăţii dvs.?
Ce sentimente aveţi în legătură cu faptul că dispuneţi de suficienţi bani pentru îngrijirea sănătăţii dvs.?

PLANURI FUNERARE

Ce comentariu general aţi dori să faceţi despre funeraliile dvs., despre îngropăciune sau ardere la crematoriu?
V-aţi făcut deja aranjamente funerare? Dacă da, la cine?

ÎNTREBĂRI OPŢIONALE

Cum v-aţi dori să sune anunţul morţii dvs.?
Scrieţi-vă singur o eulogie (o declaraţie despre dvs. înşivă care să fie citită la funeraliile dvs.)
Ce aţi dori să-i spuneţi cuiva care vă citeşte acest formular lărgit de istorie a valorilor?

DOCUMENTE DESPRE DECIZIILE DE ÎNGRIJIRE A SĂNĂTĂŢII

Aţi semnat un vreun living will?
Dacă da, la cine poate fi găsit? Nume: Adresă: Telefon:

Comparativ cu directivele medicale date în avans, acestor **Values Histories** li se poate obiecta mai puţin că nu sunt clar delimitate la momentul scrierii lor. Ele nu se bazează pe o înţelegere sau o rea-înţelegere a tratamentului medical propus, sau pe tentative speculative de ipoteze despre situaţiile medicale viitoare. Ele nu folosesc un limbaj tehnic sau prea complex, iar de aceea nu pot fi acuzate că marginalizează persoanele cu un nivel socio-economic-educaţional inferior. Tot de aceea sunt acceptabile şi de persoanele a căror limbă maternă nu a fost engleza.

Ele dau un tablou al pacientului, **subliniindu-i autonomia**, ţinând cont de morală, de dreptul în vigoare şi de cele mai bune intenţii ale medicului.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru a contracara rolul *living wills*-urilor, câteva organizaţii împotriva euthanasiei au întocmit nişte documente, care pot fi semnate în mod simplu după ce sunt citite şi încredinţate persoanelor menţionate în ele. Astfel,

- **Centrul pentru drepturile bolnavului terminal** (The Center for The Rights of the Terminally Ill - CRTI) distribuie **Documentul de auto-protecţie a pacientului** (Patient Self-Protection Document - PSPD), iar
- **Forţa internaţională pe tema anti - euthanasiei** (The International Anti-Euthanasia Task Force) furnizează **Documentul protectiv pentru decizii medicale** (Protective Medical Decisions Document - PMDD).

În conţinutul lor se menţionează explicit că nu este vorba de un *living will*. Asemenea actului **Durable Power of Attorney for Health Care - DPAHC** (Puterea avocăţească durabilă în deciziile de îngrijire a sănătăţii), ele îi permit semnatarului să numească pe un membru de încredere al familiei sau pe un prieten în funcţie de „agent" care să ia decizii medicale, dacă el nu va mai fi capabil de aceasta. Diferă de DPAHC prin aceea că:

1. Defineşte explicit şi interzice euthanasia.
2. Specifică faptul că nutriţia şi hidratarea trebuiesc administrate, cu excepţia cazului când individul nu mai este capabil să asimileze hrană şi lichide.
3. Specifică faptul că semnatarului trebuie să i se administreze o îngrijire de spital obişnuită, care cuprinde îndepărtarea durerii şi grija pentru confort.

Nu conferă imunitate nici unui medic, persoană care acordă îngrijiri medicale sau instituţie care nu vor ţine seama de aceste instrucţiuni, acţionând neglijent sau cu rea credinţă.

Scanned with OKEN Scanner

EUTHANASIA

Definirea conceptului

Acest concept nu are la bază relaţia medic-pacient în mod exclusiv, oricine putând pune capăt chinurilor unui muribund.

Cuvântul „euthanasie" a fost formulat relativ târziu de **Francis Bacon** (1561-1626) care îi acordă un sens filozofic. El îi dădea semnificaţia de **„moarte bună, liniştită, fericită"** (în limba greacă veche: *eu* înseamnă bun, armonios; *thanatos* înseamnă moarte).

Dicţionarul Oxford defineşte: *Gentle and easy death; bringing about of this, esp. in case of incurable and painful disease.* (Moarte blândă şi uşoară; aducerea acesteia mai ales în cazul de boală incurabilă şi dureroasă).

Dicţionarul Random House Webster's defineşte:

1. Also called „mercy killing". the act of putting to death painlessly or allowing to die, as by witholding medical measures from a person or animal suffering from an incurable, esp. painful, disease or condition. (Denumită şi „omor din milă". Actul de a omorî fără dureri sau lăsarea să moară, ca prin întreruperea măsurilor medicale, a unei persoane sau a unui animal suferind de o boală sau o stare incurabilă, mai ales dureroasă.)

2. an easy or painless death. (o moarte uşoară sau fără dureri.)

Dicţionarul explicativ al limbii române (DEX) propune tot **două definiţii**

1. moarte fără dureri;

2. metodă de provocare de către medici a unei morţi precoce, nedureroase, unui bolnav incurabil, pentru a-i curma suferinţa grea sau prelungită.

Din punct de vedere semantic, definiţia este apropiată de viziunea generală asupra subiectului, dar departe de a fi completă.

O definiţie mai complexă aflată în circulaţie ar fi:

Uciderea din milă a cuiva, pentru a-i suprima în mod radical nişte suferinţe extreme, sau pentru a-i cruţa pe copii anormali, pe bolnavii incurabili sau pe bolnavii psihici lipsiţi de angrenarea în realitate, de prelungirea unei vieţi de suferinţă (uneori pentru mulţi ani), care reprezintă pe de asupra o povară grea pentru familie şi societate.

Definirea este dificilă din mai multe pricini.

Scanned with OKEN Scanner

I. Definiţiile euthanasiei sunt determinate frecvent în mod inconştient de **poziţii morale bine ancorate asupra problemei**, dar totalmente **opuse**. Astfel, partizanii euthanasiei vorbesc despre „**eliberare**", „ajutorul acordat persoanelor de a muri cu demnitate şi seninătate". Cine ar respinge aceste gesturi? Oponenţii euthanasiei, din contra, vorbesc mai ales de „**crimă**", „distrugerea vieţii". Şi aici încă, cine ar aproba astfel de acte? Definiţiile se fondează pe poziţia morală şi constituie punctul de plecare al unor dezbateri morale. Acestea nu contribuie de loc la distincţia logică a euthanasiei de alte acte de care aceasta diferă, atât din punct de vedere conceptual, cât şi din punct de vedere clinic.

II. Părţile care iau parte la dezbatere dau **definiţii radical diferite** noţiunii de euthanasie. Cel puţin una din părţi refuză să accepte includerea sub denumirea de euthanasie, a acelor acte ce pot fi considerate echivalente pe plan moral, dar sunt diferite pe plan conceptual şi clinic.

Unii nu fac **nici o distincţie de ordin moral** între oprirea sau abţinerea de la tratamentele de prelungire a vieţii, îndepărtarea durerii prin mijloace adecvate, pe de o parte şi administrarea rapidă şi fără durere a morţii, pe de cealaltă parte. În funcţie de cultura şi experienţa psihologică, alţii rezervă termenul de euthanasie numai administrării rapide şi fără dureri a morţii, considerând că există o **diferenţă morală** între acest act şi celălalt.

Se preferă uneori **definiţia mai limitată** a termenului de euthanasie numai pentru că aceasta uşurează dezbaterile etice şi juridice şi evită confuzia.

Din **punct de vedere legal** diferenţa dintre **acţiune** şi **omisiune** nu are relevanţă existând culpa prin omisiune. **Euthanasia activă - pozitivă** implică o acţiune deliberată cauzatoare de moarte, iar **euthanasia pasivă - negativă** implică să nu faci nimic pentru a preveni moartea, adică să laşi bolnavul să moară. Euthanasia pasivă este *contradictorie* prin ea însăşi, deoarece se referă la **omisiunea unui tratament, la care pacientul nu a consimţit.**

III. Este dificil să cădem de acord asupra unei definiţii a euthanasiei deoarece aceasta **este încărcată de evenimente istorice grave, cu care nimeni nu se poate mândri.** Astfel, cei care consideră că euthanasia este justificabilă pe plan etic şi că ea ar trebui legalizată, caută să îndepărteze orice apropiere cu programele medicilor nazişti. Unii oponenţi ai euthanasiei consideră din contra, că

Scanned with OKEN Scanner

nu se poate disocia dezbaterea actuală de practicile celui de-al III-lea Reich, deoarece riscăm să comitem abuzuri similare celor de care s-au făcut vinovaţi medicii nazişti.

Euthanasia ar putea fi definită cu *tendinţă la exhaustiv* ca fiind:

Un ansamblu de acţiuni sau inacţiuni medicale, având suport etico-juridic şi fiind în interesul bolnavului, în sensul în care duce la scurtarea suferinţelor unui bolnav care în momentul actual, din punct de vedere al ştiinţei medicale nu beneficiază de un tratament etiologic, ci dimpotrivă, prognosticul este un sfârşit apropiat şi inevitabil.

„**Dicţionarul juridic penal**" defineşte euthanasia ca fiind *„uciderea săvârşită sub impulsul unui sentiment de milă, pentru a curma chinurile fizice ale unei persoane, care suferă de o boală incurabilă şi a cărei moarte este, din această cauză, inevitabilă".*

În **Olanda unde este legiferată euthanasia din 2001**, aceasta este definită încă din 1985, de **Comisia Guvernamentală Olandeză pentru Euthanasie** ca:

„Terminarea intenţionată a vieţii unui individ făcută de altcineva la cererea explicită a acelui individ sau în practica medicală, terminarea activă şi intenţionată a vieţii unui pacient, făcută de un doctor, la cererea acelui pacient".

Biserica romano-catolică defineşte euthanasia ca:

„O acţiune sau o omisiune care prin ea însăşi sau prin intenţia ei cauzează moartea „.

Sensurile în care este folosit termenul de euthanasie sunt diferite. Astfel, termenul euthanasie a fost folosit pentru a defini:

- suprimarea vieţii tuturor persoanelor „de valoare inferioară", cum ar fi: nebunii, copiii cu infirmităţi mintale sau fizice grave, persoane handicapate;
- accelerarea morţii persoanelor care nu mai au nici o şansă de însănătoşire şi care suferă chinuri fizice mari, fiind deja în faza finală a bolii;
- definiţia din Olanda nu cere să fie vorba neapărat de suferinţă fizică, deci suferinţa mintală este pe acelaşi plan şi nu cere ca boala să fie neapărat în stadiu terminal;
- reducerea chinurilor finale, fără a provoca moartea;
- omorârea unui **animal** care se chinuie - semnalată doar de **Random House Webster's Dictionary**, dar cu o acceptare consensuală neaşteptat de mare în rândul multor oameni.

Scanned with OKEN Scanner

Omorârea animalelor bătrâne de casă (câini, pisici, oi, capre), a diverselor animale de companie - *pets* (şobolani, hamsteri, cobai, broaşte ţestoase, papagali, canari ş.a.), a cailor cu membre fracturate, a animalelor sălbatice prinse în capcane - pentru a li se curma chinurile reprezintă tot euthanasie prin „**aducerea unei morţi uşoare, fără dureri**". Există atitudini disproporţionat de amplificate în favoarea dreptului animalelor, care cer inclusiv prezenţa stăpânului în momentul procedurii de euthanasie, ca nu cumva veterinarul să lase treaba în seama tehnicianului veterinar, iar acesta să folosească vreun ac cu calibru prea mare pentru injectarea intra-cardiacă sau intra-peritoneală a animalului. Se vorbeşte de „teroarea şi oroarea animalului" şi de „**gestul greşit şi inuman**" al celui care nu procedează cu maximă consideraţie. (Diane Newburg, 1998).

PROBLEME ETICE RIDICATE DE EUTHANASIE:

• Unii pacienţi în stare terminală suferă de dureri intratabile şi/sau sunt forţaţi să suporte o calitate intolerabil de scăzută a vieţii. Ei ar prefera să-şi sfârşească viaţa, decât să o continue până când corpul lor cedează de la sine. Are statul dreptul de a le refuza dorinţa?

• Suicidul este un act legal, care din punct de vedere teoretic este la dispoziţia oricui. O persoană bolnavă în stadiu terminal, însă, ori care se află în mediu spitalicesc sau este handicapată poate să nu-şi poată exercita opţiunea. De fapt, datorită handicapului, ei sunt discriminaţi. Ar trebui să li se asigure acelaşi acces la opţiunea de sinucidere, aşa cum îl au persoanele apte fizic?

• Creştinii, musulmanii, iudaicii şi alte religii cred că Dumnezeu este creatorul vieţii şi de aceea numai Dumnezeu trebuie să o ia înapoi. Astfel, suicidul devine „**o respingere a suveranităţii lui Dumnezeu**". Ei cred că noi suntem doar **administratorii propriei noastre vieţi**, iar că suicidul nu trebuie să fie niciodată o soluţie. Pentru aceste credinţe, ideea este deosebit de importantă. Există însă, un număr substanţial de adulţi cu credinţe religioase liberale, care consideră euthanasia ca pe o opţiune morală de dorit în unele cazuri. Mai există o sumedenie de secularişti, ateişti, agnostici care dezaprobă în mod activ orice argument cu bază religioasă. Trebuie ca morala **unor grupuri** religioase să decidă politica publică pentru **toţi adulţii**?

• Multe grupuri religioase cred că suferinţa umană poate avea o valoare pozitivă pentru persoana aflată în stare terminală şi pentru

Scanned with OKEN Scanner

cei care îl îngrijesc. Pentru ei, suferinţa poate fi **„o posibilitate dată de Divinitate pentru învăţătură şi purificare"**. Un document Romano Catolic menţionează că *„Unii creştini preferă să-şi reducă folosinţa antalgicelor, cu scopul de a accepta în mod voluntar cel puţin o parte din suferinţele lor, fiind astfel alături în mod conştient de suferinţele lui Isus Hristos cel crucificat"*. Lucrul poate fi o sugestie plină de semnificaţii pentru unii creştini. Totuşi, un asemenea argument justifică respingerea euthanasiei pentru persoanele care nu împărtăşesc aceste credinţe?

• Există unele persoane care argumentează că durerea celor aflaţi în stadiu terminal poate fi controlată şi adusă la nivele tolerabile de un tratament adecvat. Astfel ei conchid că nu este nevoie de suicidul asistat medical. Totuşi în cea mai celebră democraţie contemporană, SUA, zeci de milioane de indivizi **nu au acces la un management adecvat al durerii**. Zeci de milioane **nu au asigurare de sănătate**; mulţi medici întrerup dozele necesare de antalgice, fiindu-le teama ca bolnavii lor să nu devină dependenţi de droguri. Reducerile de fonduri pentru bugetul sănătăţii care se anticipează vor înrăutăţi situaţia.

• În momentul în care euthanasia şi suicidul asistat vor fi accesibile, unele persoane vor fi supuse presiunilor, chiar de către familiile lor, ca să ceară asistenţă pentru a muri. Aceste **presiuni** pot surveni adesea în forme foarte subtile. Acest argument este foarte important pentru susţinere controalelor stricte care să confirme că pacientul nu este influenţat de alţii.

• Unele persoane vor să moară deoarece suferă de depresie. Acesta este un alt argument în favoarea controalelor stricte care vor confirma că pacientul care a cerut să fie ajutat să moară, este **„cu mintea întreagă"**.

• Într-o epocă în care fondurile pentru sănătate sunt reduse şi vor fi mereu mai reduse, este etic să îi supui unor tratamente extrem de scumpe pe bolnavii terminali, cu scopul de a le prelungi vieţile cu câteva săptămâni, împotriva voinţei lor? Banii folosiţi în acest scop nu vor mai putea fi folosiţi pentru îngrijire prenatală sau pentru nounăscuţi, unde ar putea salva vieţi sau îmbunătăţi calitatea vieţii pe termen lung pentru alţii.

• Unele persoane motivează că pacienţii ar putea fi omorâţi de medicii lor fără să li se ceară acordul. Această preocupare nu este validă, deoarece pacientul trebuie să ceară mai întâi asistenţă pen-

Scanned with OKEN Scanner

tru a muri, iar numai apoi o primeşte eventual. Dacă bolnavul nu cere acest lucru, medicul va continua să caute să-i salveze şi să-i prelungească viaţa.

*PROBLEME CARE **NU SUNT** DE EUTHANASIE:*

- Dacă o persoană particulară ar trebui să ceară ajutor să moară. Aceasta trebuie să rămână întotdeauna o decizie personală. Problema ce se pune este dacă **oamenilor în general** ar trebui să li se dea **opţiunea** (alegerea) de a cere euthanasia.

- Dacă unei persoane trebuie să i se îngăduie să se sinucidă. În multe jurisdicţii, de zeci de ani, suicidul este un act legal.

- Dacă unor persoane de altminteri sănătoase care trec printr-o perioadă de depresie trebuie să li se dea ajutor ca să se sinucidă. Ele nu vor primi un asemenea ajutor. Li se va trata doar depresia în loc.

- Dacă membrilor familiei unei persoane trebuie să li se îngăduie să iniţieze euthanasia; cererea pentru sprijin în vederea sfârşirii vieţii trebuie să provină doar de la persoana bolnavă în stadiu terminal.

- Dacă „escadroanele morţii" vor vizita periodic spitalele şi casele de sănătate pentru a omorî pe cei care nu mai pot contribui la binele societăţii. Acesta este o scorneală creată pentru a-i înspăimânta pe oameni.

- Dacă fiecare trebuie să opteze pentru suicidul asistat de medic. Chiar dacă acest lucru ar fi general valabil, doar foarte puţini ar solicita acest lucru.

Principalii oponenţi ai euthanasiei sunt:

- grupurile conservatoare religioase care **se opun libertăţii de a alege** inclusiv în *cazul avortului* şi deopotrivă în euthanasie;
- asociaţiile medicale care se dedică salvării şi prelungirii vieţii, cărora li se pare nelalocul lui să-i ajute pe oameni să-şi sfârşească vieţile;
- grupurile care se ocupă de cei cu diverse handicapuri (*disabilities*), care se tem că euthanasia este primul pas către o societate care îi va omorî pe handicapaţi (*disabled people*) împotriva voinţei lor.

Tipuri (feluri) de euthanasie

Pentru sistematizarea tipurilor de euthanasie se iau în considerare două criterii esenţiale:

Scanned with OKEN Scanner

A. criteriul voinţei personale a bolnavului;
B. criteriul acţiunii medicului.

A. După **criteriului voinţei bolnavului**, a consimţământului şi a capacităţii de integrare a acestuia în sfera socialului, dar şi a nivelului de informare asupra realităţii diagnosticului şi prognosticului bolii sale, euthanasia poate fi **voluntară** sau **involuntară** („Declaraţia cu privire la euthanasie", 1980).

Accepţiunea de ultimă oră este însă mai complexă, opusul noţiunii de „voluntar" fiind aceea de „impus".

Euthanasia este **voluntară** atunci când pacientul, în deplinătatea capacităţilor sale, *având dreptul de a alege,* **a consimţit** la euthanasie.

Euthanasia este **impusă** atunci când este săvârşită
- ***împotriva dorinţei*** *sau*
- ***fără consimţământul*** *unui pacient.*

Apar astfel ***trei tipuri*** de euthanasie:
- **voluntară**
- **involuntară**
- **non-voluntară.**

Această sistematizare încearcă să analizeze atât **momentul** în care bolnavul solicită euthanasia (în cazul euthanasiei voluntare), cât şi **cauzele care fac ca acordul bolnavului să lipsească** (în cazul euthanasiei non-voluntare şi involuntare) (Helga Kuhse, 1987).

a. **EUTHANASIA VOLUNTARĂ** apare atunci când:
- *bolnavul aflat în stadiu terminal*
- *care este lucid, având discernământul neafectat de boală, fără să sufere de o depresie tratabilă,*
- *solicită în mod repetat medicului curant scurtarea suferinţelor,*
- *din cauza durerilor intratabile, şi /sau a pierderii demnităţii*
- *fiind conştient că nu mai există nici un fel de soluţie terapeutică.*

Unii ar putea întreba :

„Ce nu este moral în luarea vieţii unui om care îşi doreşte acest lucru mai mult decât orice, atunci când viitorul nu-i mai rezervă decât suferinţă şi degradare sub limita umanului?".

Toate referinţele permanente în privinţa **legalizării euthanasiei** s-au făcut şi se fac numai la această categorie de euthanasie.

În **euthanasia *voluntară*** - i se permite bolnavului care a făcut cererea personal sau printr-un apropiat desemnat legal să stabilească **când şi cum să moară.**

Scanned with OKEN Scanner

Euthanasia este **voluntară** în cazul în care *bolnavul solicită întreruperea vieţii* **cât mai repede cu putinţă**, pentru a scăpa de durere şi mizerie fiziologică.

Euthanasia este **voluntară** şi în cazul când *el cere acesta* **preventiv** pentru momentele când nu va mai fi în stare să-şi exprime dorinţa de a muri, atunci când viaţa lui a devenit mai degrabă o povară pentru ceilalţi.

Cazurile cele mai frecvente apar în boala lui Alzheimer, scleroză laterală amiotrofică, coreea Huntington, scleroza multiplă, SIDA când bolnavii ştiu că vor ajunge într-o stare de decrepitudine şi nu doresc să fie văzuţi într-o postură pe care ei o consideră nedemnă şi degradantă nu numai pentru persoana lor, ci şi însăşi a pentru noţiunea de uman. Dacă *pe vremea când mai era capabil juridic - autonom, bolnavul a chibzuit şi şi-a exprimat dorinţa de a muri în condiţia în care ar ajunge într-o atare situaţie*, medicul care îi pune capăt vieţii acţionează tot la cererea bolnavului şi înfăptuieşte o acţiune de **euthanasie voluntară temporizată**.

Argumentele care o susţin aparţin seriei celor din **principiul autonomiei**, fiind vorba de autonomia pacientului şi mai puţin de cea a medicului. Dacă există consimţământul pacientului, **diferenţa morală faţă de suicid este mică**, singura diferenţă constând în agentul cauzator de moarte care nu este chiar persoana care moare.

Alţii vor replica: *„Nu avem dreptul de a ne decide moartea, iar sinuciderea este tot atât de condamnabilă ca şi consimţirea ca cineva să-şi ia singur viaţa“*.

În mod evident, s-ar putea spune că **dreptul de a decide asupra propriei morţi** nu este privit ca fiind o consecinţă a dreptului la viaţă.

Există drepturi pe care le avem, dar la care nu putem renunţa, aplicarea lor fiind şi o obligaţie, cum ar fi de exemplu - dreptul la educaţie. Nu este însă clar dacă dreptul la viaţă face parte din aceeaşi categorie. Aşa stând lucrurile, vor exista doar puţine acte prin care un medic va lua în mod deliberat viaţa unui pacient.

Una din primele relatări făcute de un medic în care se descrie un asemenea act este deosebit de celebră.

I. Cazul Sigmund Freud. *Aflat în exilul său britanic, marele psihiatru, întemeietorul psihanalizei, având deja 81 de ani era însoţit de Max Schur, medic ORL-ist care îi era şi prieten apropiat şi care îl trata de un carcinom recurent al palatului moale, pentru care îi făcuse peste 20 de intervenţii chirurgicale iterative de acelaşi gen. După ani de discuţii cu Freud, la cererea expresă a acestuia, care*

Scanned with OKEN Scanner

suferea de dureri intratabile, el i-a administrat o injecţie letală cu morfină.

Contemporaneitatea consideră aceste cazuri tabu, iar cei care fac asemenea dezvăluiri riscă să-şi piardă dreptul de practică şi să fie urmăriţi în justiţie pentru omor. Cu toate acestea American Hospital Association estimează că în SUA multe din cele 6.000 de decese zilnice în mediu spitalicesc sunt oarecum planificate de pacienţi şi familiile lor în colaborare cu medicii.

***II. Cazul Elizabeth Bouvia**, o femeie de 28 de ani, tetraplegică prin paralizie cerebrală severă, care acuza dureri artritice importante şi care era menţinută în viaţă prin ventilaţie mecanică. Ea a încercat să-şi ia viaţa prin refuzul hranei, dar conducerea spitalului a hotărât alimentarea ei pe tub nazo-gastric împotriva voinţei ei. După mai multe apeluri în justiţie, în aprilie 1986, o curte judecătorească din California a dispus scoaterea tubului, susţinând că **refuzul tratamentului nu reprezintă sinucidere** şi că scoaterea tubului nu va face spitalul părtaş la sinucidere. În ciuda acestei decizii, Elisabeth Bouvia şi-a declinat acest drept recunoscut pe cale litigioasă, iar după îngrijirile primite era încă în viaţă în anul 1998.*

O anumită opinie judiciară a recunoscut **dreptul de a muri asistat**, observând că pacienta a făcut în mod evident o alegere conştientă şi informată, arătând că preferă să moară decât să-şi continue existenţa în condiţii intolerabile şi fără speranţă.

Un autor afirmă că:

*„ În loc să o frustreze de dorinţa ei, statul şi profesiunea medicală ar fi trebuit să încerce să-i aline suferinţa ajutând-o să moară uşor şi cu demnitate. **Dreptul de a muri** este parte integrantă a dreptului de a ne controla destinele, atâta timp cât nu sunt afectate drepturile altora"* (Sprung,1990).

În multe ţări **prohibiţia legală împotriva suicidului a fost ridicată**, în ciuda faptului că tradiţia creştină îl condamnă, considerând Divinitatea ca unica posesoare a prerogativelor de viaţă şi moarte. Cu toate acestea, chiar dacă sinuciderea ar fi îngăduită, nu înseamnă în consecinţă că există îngăduinţă pentru euthanasie voluntară.

Am putea spune că *dreptul fiecăruia de a decide asupra propriei morţi nu implică în mod necesar eliberarea altor persoane de obligaţia de a nu ne lua viaţa noastră.*

Dacă îi este îngăduit pacientului să decidă asupra morţii sale, fiind considerat competent juridic şi autonom, **doar tradiţia este ceea care cere medicului să nu îi ia viaţa**, în ciuda faptului că pa-

Scanned with OKEN Scanner

cientul îşi exprimă dorinţa ca medicul să acţioneze în acest sens. În asemenea circumstanţe însă, refuzul actului la solicitarea pacientului reprezintă o **frustrare a autonomiei morale a pacientului** pe care nu toţi sunt dispuşi să o practice în timpurile noastre.

Un caz sugestiv comparabil cu cel al Elizabethei Bouvia a avut loc în Florida în 1980, când un pacient cu scleroză laterală amiotrofică (SLA) a solicitat debranşarea de la respirator, ştiind că astfel îi va surveni moartea. Curtea Supremă din Florida a hotărât să dea curs cererii sale, decizie asemănătoare cu a curţii din California.

*III. **Cazul Debbie**, de departe cel mai mediatizat caz cunoscut. În coloanele uneia dintre cele mai serioase reviste medicale americane, Journal of the American Medical Association a apărut un articol cutremurător anonim (Anonim, 1988) ce părea scris de un rezident. Autorul relatează că în mijlocul unei nopţi de gardă a fost solicitat să vadă o pacientă la secţia de oncologie-ginecologică. Pacienta era, spre surpriza lui, muribundă din cauza unui cancer de ovar, la numai 20 de ani. Se numea Debbie şi arăta groaznic de îmbătrânită de suferinţă, sufocare, vărsături. Perfuzia intravenoasă şi masca de oxigen nu-i mai aduceau nici o alinare, ea nereuşind să doarmă nici să se alimenteze de două zile. Efortul muşchilor respiratori accesorii era evident, iar tot atât de evidentă era ineficienţa lor, bolnava asfixiindu-se implacabil. Tânărul medic aflat **la primul contact cu pacienta** a căzut pe gânduri, realizând că nu îi stă în putere să salveze pacienta, iar aceasta l-a privit rugător zicând: „Să termin!". Atunci rezidentul a cerut o seringă cu 20 mg de morfină anunţând pacienta şi pe însoţitoarea ei că îi va ameliora dispneea. Debbie a privit cum i se face injecţia pe tubul de perfuzie, iar apoi s-a liniştit, regăsindu-şi pacea veşnică. Lectura acestui articol a stârnit comentarii pasionate în lumea medicală şi în cea profană. Primarul oraşului New York a dat ordin ca departamentul de justiţie al Municipalităţii să deschidă o anchetă. Procurorul statului Illinois, unde se editează JAMA, a solicitat redacţiei numele autorului articolului, dar revista a refuzat să-l deconspire. S-a aflat însă că publicarea s-a făcut după discuţii îndelungate. Se vorbea de administrarea unei doze „masive" de morfină, deşi în mod evident doza era moderată, iar oricum departe de cea letală. Unii ar fi optat pentru mai multe doze mici şi repetate care, după opinia lor, ar fi adus „un sfârşit mai liniştit şi mai natural". Celebrul ziar „TIMES" publică un interviu cu redactorul şef al revistei medicale, care a afirmat că el cunoaşte proveniența articolului, dar că nu poate garanta că faptul în sine a*

Scanned with OKEN Scanner

avut loc în realitate. Ziarul „American Medical News" optează tot pentru ideea unei ficţiuni, iar „American Medical Association" declară public că este împotriva euthanasiei şi că ceea ce publică JAMA nu reprezintă în mod obligatoriu punctul lor de vedere.

Se remarcă cele două aspecte şocante: **euthanasie „la prima vedere"** şi **comunicarea publică a gestului** ce sugerează o îngăduinţă lărgită faţă de acest tip de atitudine.

Unul dintre cele mai importante *contra-argumente* la euthanasia voluntară este ideea că **noi ne putem îndoi de veridicitate dorinţei pacientului de a muri.**

Se preconizează de către unii că *prin definiţie nimeni nu poate consimţi liber şi pe deplin la propria moarte*, căci preferinţa pentru moarte nu poate fi rezultatul unei opţiuni raţionale, indiferent de perspectivele supravieţuirii.

Ideea că **viaţa este oricând preferabilă morţii în orice circumstanţă**, este însă contrazisă concret în unele cazuri terminale, nu numai în funcţie de nivelul de intuiţie şi percepţie al unui bolnav, care **nu poate accepta orice fel de viaţă**, ci chiar de practica medicală propriu-zisă.

Pentru a nu greşi prin exces, se insistă asupra procedurii exacte de exprimare a consimţământului care trebuie să fie în scris, făcut în faţa unor martori. Totodată moartea nu trebuie să survină imediat după exprimarea consimţământului pentru ca nu cumva cererea să fie făcută sub influenţa unei **reacţii pasagere** la durere, depresie sau disperare.

b. EUTHANASIA INVOLUNTARĂ apare când *pacientul*, deşi *are capacitatea de a decide*, **nu a fost consultat** asupra gestului aducător de moarte sau a declarat anterior că **nu doreşte** să i se facă euthanasie.

Aici **acordul subiectului ar fi putut fi obţinut, dar nu a fost.** Practic, persoana căreia i se face euthanasie *ar fi fost în măsură să-şi dea sau să se abţină să-şi dea consimţământul să moară, dar nu şi l-a dat fie pentru că nu a fost întrebată, fie pentru că a fost întrebată dar s-a abţinut să şi-l dea fiindcă dorea să continue să trăiască.*

Deşi cazurile clare de euthanasie involuntară sunt rare, unii autori afirmă că unele **practici medicale larg acceptate** (administrarea unor doze tot mai mari de analgezice care pot produce moartea pacientului, sau eliminarea fără consimţământul acestuia a unui tratament care menţine îl menţine în viaţă), reprezintă de fapt euthanasie involuntară. După modul de definire şi exemplificare, cazurile de

Scanned with OKEN Scanner

euthanasie involuntară pot apare şi în situaţiile cu **risc terapeutic major** unde lipseşte consimţământul.

În asemenea cazuri, când se trece vădit peste voinţa exprimată a bolnavului sau peste consultarea sa, este vorba de punerea în practică a unor **principii utilitariste**. Există unii care consideră că euthanasia este rea doar pentru persoana care a expiat, dar poate fi moralmente bună pentru societate ca o echilibrare, deoarece moartea individului duce la scăderea costurilor sociale şi la creşterea fericirii sociale generale.

Principiul autonomiei combate utilitarismul crud, arătându-se în mod clar că se propune luarea vieţii unui individ cu autonomie morală, care şi-a exprimat dorinţa de a nu fi omorât. Trecerea peste dorinţele acestuia face ca **diferenţa faţă de omorul propriu-zis să fie minimă**, cu toate argumentele că moartea a fost bună pentru persoana căreia i s-a făcut euthanasie. Acţiunile medicale în afara consimţământului bolnavului înseamnă **neglijarea sa ca agent moral**, ideea de autonomie însemnând în ultimă instanţă că deciziile despre o persoană trebuiesc luate chiar de ea însăşi. **Cazul Helga Wanglie** amintit mai sus, arată că justiţia este de partea acestor bolnavi, dar că opiniile corpului medical pot fi diferite.

Un studiu de nursing la domiciliu publicat în martie 1991 în *New England Journal of Medicine* arăta că 25% din **directivele date în avans** nu au fost respectate de corpul medical (surori şi medici). Există şi o aşa numită **will to live** (dorinţă de a trăi), directivă dată în avans de bolnavi pentru momentul când nu vor mai fi capabili să ia decizii în ceea ce priveşte tratamentul lor. Pentru cei care voiau să supravieţuiască „cu orice preţ", s-a văzut că în 18% din cazuri ei nu au primit tratamentul solicitat, iar cei care refuzau tratamentul au fost trataţi împotriva voinţei lor în 7% din cazuri.

c. **EUTHANASIA NON-VOLUNTARĂ** apare atunci când se pune capăt vieţii unui **bolnav care nu poate alege** el însuşi între a trăi şi a muri, *acordul subiectului neputând fi obţinut datorită stării lui mintale sau fizice.*

Ea se întâlneşte în cazurile de fetuşi, **nou născuţi pluri - malformaţi**, a bolnavilor **inconştienţi**, a celor aflaţi în stare vegetativă persistentă, în cazurile pacienţilor cu boli mintale severe sau care datorită unor boli sau unor accidente **nu sunt autonomi** (au pierdut capacitatea de acţiona în mod responsabil), fără însă ca înainte de boală sau accident să fi menţionat dacă într-o asemenea situaţie ar dori sau nu euthanasia.

Scanned with OKEN Scanner

Cazurile în care pentru întreruperea vieţii, *consimţământul este acordat de familie* sau este *obţinut printr-o hotărâre judecătorească* sunt asimilate euthanasiei non-voluntare.

Aceste cazuri sunt exemplificări ale ideii despre viaţă care le denumeşte **forme de viaţă umană „pură"** contrastând cu **viaţa umană ca agent moral**, fiind practic *imposibil de a face referinţă la principiul autonomiei* în asemenea circumstanţe.

Situaţia nu este însă rezolvabilă exclusiv pe principiul utilitarismului, făcând doar un calcul estimativ-comparativ al plăcerilor şi durerilor în caz că forma de viaţă continuă să existe.

Calitatea vieţii este un argument ce se poate lua în calcul, adică dacă viaţa poate fi continuată de aşa manieră încât să mai aibă vreo valoare.

Apar situaţii în care *nu are sens să menţii „în viaţă"* persoane care nu-şi vor mai recăpăta vreodată conştienţa şi a căror existenţă depinde exclusiv de aparatele de susţinere a vieţii.

Există şi alte situaţii în care handicapurile - fie mintale sau fizice - sunt atât de severe şi permanente, încât **nu pare ca viaţa handicapatului să mai aibă vreo valoare.**

În ceea ce priveşte avortul, este statuat că dacă medicii hotărăsc dacă o sarcină trebuie întreruptă, nu li se cere să aibă în vedere familia sau mediul matern, ci doar gradul de handicap al copilului însuşi, în caz că ar fi în situaţia de a se naşte.

Este foarte dificil de a lua decizia de **euthanasie eugenică**, care reprezintă o formă de euthanasie non-voluntară, deoarece trebuiesc cunoscuţi şi analizaţi toţi factorii relevanţi. Se va ţine seama de probabilitatea ca nevinovatul copil să fie îngrijit de o familie iubitoare, sau respins şi abandonat de o familie, de tipul de îngrijire şi preocuparea pe care i-ar acorda-o alte instituţii sociale de îngrijire. Totodată este important de a întrevedea, într-o perspectivă morală, persoana direct afectată de decizie.

Trebuie făcută o clară **diferenţă** faţă de cazul unei persoane afectate de un handicap sever care are deja autonomie morală, în cazul căreia nu se poate face decât euthanasie voluntară.

B. După **criteriul acţiunii medicului** se disting două tipuri de euthanasie:

- **activă** (pozitivă sau directă)
- **pasivă** (negativă sau indirectă)

Scanned with OKEN Scanner

1. ***Euthanasia activă*** (*mercy killing*, omorul din milă) apare când moartea este produsă în mod **deliberat şi activ, prin mijloace pozitive.**

Ea se realizează ori de câte ori se efectuează nişte gesturi care determină moartea, iar moartea nu s-ar produce fără efectuarea acestor gesturi. A fost definită printr-o declaraţie a **Asociaţiei Medicale Americane** din 1973 astfel: *„Acţiunea unei fiinţe omeneşti de a pune capăt în mod intenţionat vieţii altuia".*

Acest tip de euthanasie presupune deci **intervenţia unei persoane** (care nu este în mod necesar medicul curant) în favorizarea morţii prin utilizarea unui **mijloc thanatogen** (supra-dozări medicamentoase, inhalare de monoxid de carbon sau anestezice, injecţii intravenoase cu aer, insulină sau clorură de potasiu).

Cazurile cel mai întâlnite sunt cele în care *medicul*, conştient că lupta pentru viaţă este inutilă, având consimţământul bolnavului, este de acord să-i provoace acestuia o moarte rapidă şi fără dureri.

Tot aici se în cadrează acţiunile de suprimare a vieţii celui suferind duse la îndeplinire de *membrii familiei, prieteni apropiaţi, camarazi de arme, tovarăşi de detenţie, parteneri de viaţă homosexuali* sau de un om care nu a cunoscut subiectul în suferinţă până la momentul respectiv, dar este implorat de acesta şi de anturaj să-i curme chinurile.

După opinia unora, tot aici s-ar putea încadra şi **suicidul asistat** care reprezintă *furnizarea de către o persoană de mijloace pentru o altă persoană (bolnavul) ca aceasta să-şi sfârşească viaţa.* De obicei aici medicul prescrie doze letale de medicamente, dar nu le administrează. Aceasta poate implica şi încurajarea tacită ca pacientul să recurgă la suicid.

2. ***Euthanasia pasivă*** (*letting die, mercy dying,* lăsarea să moară, lăsarea în mila <lui Dumnezeu>, lăsatul în plata Domnului) apare când moartea este produsă în mod **deliberat** prin **abţinerea sau întreruperea unor măsuri obişnuite** de nutriţie sau tratament.

Ea presupune *grăbirea morţii* unei persoane, de către medic, prin:

- îndepărtarea echipamentului de susţinere a vieţii - respiratorul;
- întreruperea a oricărui tratament intensiv - proceduri şi medicaţie;
- întreruperea administrării de apă şi hrană lăsând persoana să se deshidrateze sau să moară de foame;
- acordarea unor îngrijiri minime.

Scanned with OKEN Scanner

Proceduri de acest gen sunt aplicate doar:

- persoanelor **suferinde în stadii terminale**, în care oricum moartea naturală va surveni curând;
- persoanelor cu **stare vegetativă persistentă** - indivizi cu leziuni cerebrale importante, care se află într-o comă din care nu-şi vor mai reveni niciodată.

Euthanasia pasivă apare deci, prin *lipsa aplicării unui tratament care ar putea salva viaţa*. Ea se realizează atunci când nu se folosesc măsurile disponibile, ceea ce duce la moarte, moarte care nu ar fi avut loc, sau ar fi fost amânată dacă ele ar fi fost folosite.

Dacă majoritatea medicilor incriminează euthanasia activă, unii medici admit să practice euthanasia pasivă, cel puţin în sensul că **nu fac toate lucrurile posibile pentru a menţine viaţa.**

S-ar părea că şi din punct de vedere **legal**, atitudinea de a nu acţiona urmată de moartea bolnavului este **mai puţin gravă** decât luarea unei vieţi în mod activ.

Doctrina juridică a diferenţierii între **culpa prin acţiune** de acea prin **omisiune**, se răsfrânge aici *fără o relevanţă morală* deoarece consecinţele sunt identice. Se pune însă problema dacă acest lucru acceptat de practica medicală sau de cea juridică este justificat din punct de vedere moral.

Nu este o situaţie de genul celei în care nu trebuie să împrâncim pe nimenea în râu, dar nici nu trebuie să sărim în apă pentru a salva pe cineva de la înec. Desigur că legea nu pedepseşte în aceeaşi măsură ineficienţa unui act, aşa cum pedepseşte un act care dăunează, principiul *primum non nocere* fiind deosebit de actual. Există însă moralişti care nu fac diferenţă între înotătorul puternic şi priceput care urmăreşte impasibil cum se îneacă cineva şi acela care l-a împrâncit în apă.

S-a ridicat problema morală dacă este vreo **deosebire între a omorî pe cineva şi a-l lăsa să moară?** De fapt, *dorinţa (intenţia) de a-l vedea mort pe cel în suferinţă este aceeaşi*, diferind doar mijloacele utilizate.

Un argument plauzibil care justifică disjungerea este - acel care omoară o persoană îi „aduce" moartea, în timp ce unul care lasă un bolnav să moară nu face decât să lase natura să-şi urmeze cursul.

Această deosebire dintre **„a face să se întâmple"** şi **„a lăsa să se întâmple"** este importantă din punct de vedere moral în măsura în care **trasează limite** cu privire la datoriile şi responsabilităţile medicului de a salva vieţi. Căci, în timp ce a te abţine să omori pe

Scanned with OKEN Scanner

cineva cere puţin efort sau chiar deloc, de regulă, salvarea unui bolnav solicită efort.

Dacă a omorî şi a lăsa să moară (în cazul bolnavilor incurabili, terminali), ar avea aceeaşi semnificaţie morală, atunci medicii ar fi în egală măsură responsabili de moartea acelora pe care nu reuşesc să-i salveze, ca şi de moartea acelora pe care îi omoară. Ori această egalitate frizează absurdul - responsabilitatea este mult mai mare în cazul bolnavilor omorâţi decât în cazul acelora care nu au fost salvaţi. Deci, fără îndoială - **a omorî un bolnav este mai rău decât a-l lăsa să moară.**

Din perspectiva practicii medicale acţiunea şi non-acţiunea (omisiunea) au o valoare diferită:

- pentru unii există **datoria de a menţine viaţa cu orice preţ**, iar
- pentru alţii este **datoria de a alina durerea,**

iar uneori acestea intră în conflict.

Euthanasia pasivă poate apare prin respectarea datoriei de a alina durerea. Dacă ne referim la cazul unui neoplazic care necesită doze extreme de antalgice, acestea însele pot să-i scurteze viaţa, omorându-l. Etica bisericii catolice, bazată pe principiul **sanctităţii vieţii**, va permite administrarea antalgicelor chiar cu consecinţa scurtării vieţii, aplicând **doctrina efectului dublu**. După această doctrină, în anumite circumstanţe, unde există bună-intenţie indiferent de acţiune, acţiunea este permisibilă, deşi se cunoaşte că vor surveni şi consecinţe indezirabile. Astfel se particularizează **rolul intenţiei** în incumbarea responsabilităţii morale.

Unii folosesc termenul de euthanasie şi în cazurile în care **natura este lăsată să-şi urmeze cursul**, în momentul în care pacientul se apropie de moarte, abţinându-se de la orice utilizare a vreunui tratament inutil sau ineficient care ar putea fi o nouă povară pentru el. Acest lucru ***NU ESTE EUTHANASIE,*** de fapt, deoarece **lipseşte intenţia deliberată de a întrerupe viaţa.**

În cazul actului medical, se foloseşte specificaţia sau codul **de a trata doar prin mijloace obişnuite**, când nu trebuiesc folosite mijloace excepţionale. Această distincţie între mijloacele proporţionate şi cele disproporţionate este adoptată de practica medicală, fiind acceptată şi de biserica catolică.

Nivelul **de bază** de îngrijire al pacientului este cel al **„îngrijirilor pentru confort"**. Acestea includ administrarea de medicamente împotriva durerii, o cameră cu o temperatură adecvată (în nici un caz unde să tremuri iarna de frig sau să te topeşti de căldură vara), un

Scanned with OKEN Scanner

pat cu cearşafuri curate şi perne potrivite, o aranjare comodă în pat, mâncare, apă, posibilităţi de îmbăiere şi alte îngrijiri într-un mediu care să arate interesul pentru binele bolnavului.

Nivelul superior de îngrijire este cel „**terapeutic**". Aici intră folosirea medicamentelor, a chirurgiei, a radiaţiilor şi a altor tratamente pentru a vindeca o boală, pentru a scoate un ţesut bolnav, a diminua creşterea tumorilor etc.

Mijloacelor de tratament au semnificaţie practică (după amploare şi costul manipulării unor aparaturi), dar şi semnificaţie morală diferită. Ele pot fi:

- **ordinare (uzuale)** - administrarea unui antibiotic, reducerea unei fracturi, scoaterea unui cristalin opacifiat etc.
- **extraordinare (eroice)** - transplantul de inimă, de ficat etc.

În cadrul profesiunii medicale este imperios necesar să fie administrate îngrijirile de bază şi uzuale, dar măsurile extraordinare nu pot fi hotărâte decât pe baza luării în consideraţie a mai multor factori.

Acelaşi tratament poate fi atât **proporţionat** cât şi **disproporţionat** în funcţie de starea de sănătate a pacientului şi de cantitatea şi calitatea vieţii pe care acesta o va câştiga probabil de pe urma acelui tratament.

Deciziile unor Curţi de justiţie americane au făcut ca administrarea de apă şi mâncare la unii bolnavi care solicitau euthanasie să fie privite ca mijloace de tratament uzuale şi nu ca îngrijire de bază. Deoarece moartea prin deshidratare şi înfometare este mai lentă, unii reclamă imperios aducerea unei morţi mai rapide prin suicid asistat sau euthanasie.

În decembrie 1990, **Societatea de Medicină de Urgenţă** (Society of Critical Care Medicine) a dat publicităţii un raport după o „**conferinţă de consens**", în care se afirma că cei care se îngrijesc de sănătatea oamenilor pot refuza terapia solicitată de un pacient, dacă ei consideră că acesta este prea „împovărătoare". Aceasta include şi tratamentul la care ei apreciază că „pierderea funcţionalităţii este disproporţionată faţă de beneficiu" - chiar dacă pacientul pe care ei îl hărăzesc morţii gândeşte că „beneficiul" continuării vieţii merită „pierderea funcţionalităţii" (adică imobilizarea totală, cu totală dependenţă de efortul altora).

Dr. Donald Murphy de la George Washington University Medical Center este de părere că *„indivizii lucizi nu pot anticipa, probabil, ce măsuri agresive şi-ar dori pentru ei înşişi în cazul că ar deveni demenţi; noi ar trebui să permitem echipei de îngrijire medicală să*

Scanned with OKEN Scanner

ia o decizie unilaterală de întrerupere a RCP (resuscitării cardio pulmonare) la bolnavii afectaţi grav de demenţă, datorită slabei calităţi a vieţii".

Din punct de vedere moral şi medical a nu trata o afecţiune care necesită tratament intensiv, chiar costisitor, la un om tânăr care te imploră să-l salvezi nu este echivalent cu a diminua medicaţia unui nou-născut pluri - malformat.

Susţinătorii opţiunii *pro-life* afirmă că s-ar putea pune, însă, următoarea problemă: *Dacă un medic poate refuza în mod justificat aplicarea unui tratament care ar duce la menţinerea vieţii unui pacient, de ce să se limiteze acest refuz doar la aşa zisele cazuri extraordinare?*

Alt argument în acest sens se referă la **cauza aducătoare de moarte**. În cazul euthanasiei **active**, medicul determină nu numai **momentul** ci şi **modul** în care **pacientul va muri**. Metoda sau medicamentul ales vor modifica cauza morţii, care va fi complet *diferită de moartea cauzată de boală.* Euthanasia **pasivă** voluntară prin **non - tratament selectiv** este singura care câştigă acceptul corpului medical.

Cele două criterii de sistematizare nu pot exista separat, iar îmbinarea lor determină, în practică, **tipuri mixte de euthanasie:**

- **euthanasia activă voluntară** - medicul administrează medicamentul care va provoca moartea la cererea sau cu consimţământul pacientului informat cu privire la diagnosticul şi prognosticul bolii sale;
- **euthanasia activă involuntară** - medicul are rolul activ în determinarea momentului morţii, fără a avea consimţământul pacientului;
- **euthanasia pasivă voluntară** - la cererea pacientului medicul întrerupe tratamentul, acordând îngrijiri minime acestuia;
- **euthanasia pasivă involuntară** - medicul întrerupe tratamentul cu excepţia îngrijirilor minime şi de terapie a durerii fără a avea consimţământul bolnavului.

Influenţarea deciziilor din exteriorul relaţiei medic-pacient

Deciziile sunt legate şi de dorinţele şi atitudinile unor **terţi apropiaţi** (aparţinători, părinţi) a căror conştiinţă trebuie luată în consideraţie şi a căror consimţământ nu trebuie ignorat.

În ceea ce priveşte **terţii îndepărtaţi**, restul societăţii, pot exista opinii de **favorizare a euthanasiei non-voluntare pe principii utilitariste** luându-se în consideraţie cheltuielile imense pentru menţi-

nerea în viaţă a celor aflaţi în **stare vegetativă permanentă**, sau cele pentru a îngriji într-o familie un copil cu handicap sever.

Există totuşi părinţi care pretind că îngrijirea unui asemenea copil le-a îmbogăţit viaţa.

Este deci deosebit de important de a lua în consideraţie **argumentul *cui prodest?*** în continuarea unui asemenea tip de viaţă, având în vedere că autonomia morală a vieţii nu va fi în nici un fel realizată.

Ce facem cu medicii care consideră că este non-etic să trateze pacienţii cu o calitate precară a vieţii? Trebuiesc ei să fie forţaţi să trateze împotriva conştiinţei lor? Există legi legate de *living wills* şi de *durable power of attorney* care permit medicilor care nu sunt dispuşi să urmeze directivele pacienţilor să îi transfere în grija altor medici. Acceptarea relaţiei medic-pacient determină o serie de îndatoriri, care devin obligatorii prin forţa legii. Există îndatorirea de a nu abandona pacientul şi de a te convinge de preluarea lui de către un cadru adecvat.

Au existat asemenea soluţii şi invers, în cazul în care medicul s-a simţit moralmente obligat să administreze lichide şi hrană care erau refuzate de pacient sau de înlocuitorul de pacient (*surrogate*).

Optimiştii se gândesc chiar şi la posibilitatea ca atitudinea societăţii să se îmbunătăţească faţă de alocarea resurselor pentru handicapaţi, dar este preferabil ca să facem referinţă doar la actualele practici sociale din toate tipurile de state.

Formele speciale de euthanasie

Acestea sunt pomenite doar de unii autori şi nu sunt acceptate de majoritatea cercetătorilor.

1. **Cripto-thanasia** este o formă de euthanasie **subtilă**, de limită cu moartea naturală, insesizabilă ca un act de violenţă, aşa cum ar fi moartea provocată printr-o supra-doză terapeutică de morfină la un bolnav cu insuficienţă respiratorie.

2. **Medicothanasia** sau **automat-thanasia** este un fel de euthanasie pasivă prin suprimarea aparaturii de menţinere a vieţii sau a unor „reziduuri de viaţă". Este similară cu **decizia de a nu resuscita**. Responsabilitatea întreruperii unei reanimări este admisă în condiţiile întreruperii ireversibile a funcţiilor creierului - comă depăşită, cu traseu EEG plat, pentru o durată de 20-60 ore (în funcţie de legislaţii), cu excepţia copiilor, gravidelor, refrigeraţilor, sau atunci când se solicită donare de organe (în condiţiile legii).

Scanned with OKEN Scanner

În 1968, un grup de cercetători de la **Universitatea Harvard** au formulat **criteriile medicale** care să definească coma ireversibilă sau moartea cerebrală: criteriul propus ca unic semn era electroencefalograma (EEG) plată timp de 24 de ore (cu excepţia cazurilor de intoxicaţii cu barbiturice sau hipotermie). Concluzia grupului a fost respinsă de Asociaţia Mondială Medicală pe motivul insuficienţei semnelor de diagnosticare.

În 1981, o „**Comisie prezidenţială** de studii a problemelor etice în medicină şi cercetări bio-medicale şi comportamentale" din **Washington** s-a ocupat de **definirea morţii din punct de vedere legal**, emiţând prevederi critice în **determinarea morţii**.

După 30 de ani, în 1998, opiniile exprimate în diferite conferinţe de consens şi congrese, inclusiv la Congresul naţional de transplant de organe şi ţesuturi desfăşurat la Cluj-Napoca (12-14 octombrie) arată că EEG, deşi pare un document obiectiv de natură să risipească orice dubiu cu privire la diagnostic, poate crea multă confuzie, în realitate. Se citează cazuri cu electroencefalograma plată, fără însă ca bolnavul să fie mort cerebral, sau cazuri de moarte cerebrală veritabilă care mai schiţau încă activitate electrică. Se impune concluzia ca **EEG să fie exclusă pe viitor dintre testele obligatorii** pentru diagnosticul morţii cerebrale.

Conceptul actual de moarte cerebrală comportă trei investigaţii succesive la diferenţă de ore, din care să rezulte absenţa irigaţiei cerebrale.

Determinarea diferenţelor dintre **definirea morţii** şi **definirea morţii cerebrale** este esenţială în cazul medico-thanasiei, pentru că numai astfel se poate şti când este vorba de o formă de euthanasie.

Specificitatea morţii în timp a ţesuturilor şi organelor ne fac să vorbim astăzi de o moarte totală sau parţială, funcţională sau biologică, acută sau cronică, cu implicaţii importante asupra responsabilităţii medicale.

3. Dis-thanasia este înţeleasă ca o **moarte penibilă, chinuită** ce ar putea să orienteze, în final, fie spre euthanasia activă, fie spre cea pasivă. Ea apare în situaţiile în care **se abuzează de sistemele de susţinere a vieţii**, în mod nejustificat, în mediu spitalicesc în general. Există cazuri şi mai penibile în care oameni foarte bogaţi cheltuiesc averi enorme pentru menţinerea în viaţă prin „mijloace eroice" a unor persoane dragi, chiar acasă la ei.

Datoria medicilor este de a ajuta bolnavul pe toate căile posibile. Când toate posibilităţile medicale au fost epuizate şi finalul este iminent, medicul trebuie să fie alături de omul care pleacă. Ca şi naş-

Scanned with OKEN Scanner

terea, moartea trebuie asistată medical şi moral pentru a fi eliberată de sentimentul înfrângerii, angoasei, culpabilităţii. Sub acest aspect medicul trebuie să cunoască psihologia medicală a stărilor terminale şi să înveţe bolnavul a muri cu seninătate. A muri demn este o ultimă datorie a omului.

Nevoia de medic în faţa stărilor terminale este cu atât mai mare cu cât neliniştea bolnavului şi a familiei sale este mai mare. Medicul va linişti familia şi va uşura trecerea demnă şi liniştită a bolnavului către infinitul cosmic, sub motivaţia caracterului natural al acestei treceri.

A părăsi bolnavul muribund este o trădare a raţiunii de a fi medic. Chiar dacă medicul a asistat la sfârşitul a nenumăraţi muribunzi, ar fi absurd să se creadă că el s-a obişnuit cu moartea. *„Moartea altuia trimite întotdeauna puţin spre propria ta moarte, iar relaţiile medic-bolnav depind în acel moment de capacitatea medicului de a suporta angoasa morţii emanată de bolnav"* (Sebag-Lanoe şi Rondinet -1985).

4. Cryo-thanasia - metodă de **euthanasie voluntară activă**, presupune congelarea la minus 200 grade Celsius (temperatura azotului lichid) a bolnavilor comatoşi, sau în primele secunde după oprirea inimii unui muribund.

Cryo-thanasia poate fi considerată o formă de euthanasie atâta vreme cât nu există decât speranţa că progresele viitoare ale medicinii vor fi capabile să oprească procesul morţii biologice, să asigure reluarea funcţiilor vitale şi să vindece boala de care suferea pacientul.

Acest **mod de a muri** este tot mai solicitat fără a exista siguranţa că tehnologia viitorului va asigura vindecarea sau că această tehnologie va fi accesibilă tuturor. „Pacienţii" sunt conservaţi într-o cryo - capsulă şi depozitaţi într-un frigider mausoleu aşteptând reanimarea. Pentru moment se pare că nu se stăpâneşte complet nici măcar tehnica de decongelarea corectă. Cheltuielile acestei metode cresc cu timpul, proporţional cu numărul solicitărilor. La momentul actual, cei cryonizaţi sunt dependenţi de societăţile specializate în furnizarea energiei electrice şi de familiile lor care trebuie să achite facturile pentru consum.

5. Euthanasia economică apare ca un refuz de tratament al celor în vârstă din raţiuni economice.

Analizând datele statistice se poate concluziona că supravieţuirea bătrânilor bolnavi cere cheltuieli enorme (42 miliarde de dolari pe an în 1990 faţă de 12 miliarde în SUA, în 1985).

Scanned with OKEN Scanner

Un adept al euthanasiei economice, **Francis Harry Compton Crick**, laureat al premiului Nobel pentru medicină (1962 - pentru descoperiri privind structura moleculară a acizilor nucleici şi a semnificaţiei sale în transferul informaţiei în materia vie), scria la începutul anilor '80: *„moartea legală ar putea să se situeze după 70 de ani, dată la care medicii ar putea fi scutiţi de obligaţia lor de a încerca să prelungească viaţa într-o manieră costisitoare şi adesea inutilă".*

Jacques Attoli, fost consilier al preşedintelui Mitterand, a cerut euthanasie din raţiuni economice, pentru bătrânii inutili social. Motivul pe care şi-a întemeiat această cerere a fost acela că 60% din preţul asistenţei medicale revine bolnavilor terminali.

În 1985, Schneiderman şi Arros considerau că este nedrept ca medicina să-şi cheltuiască puţinele ei resurse financiare irosind sume imense pentru a menţine în viaţă un bătrân inutil, când cu aceleaşi sume ar putea fi salvate numeroase vieţi.

„Întreruperea bătrâneţii" a redevenit un subiect actual. La un congres internaţional, un jurist a cerut instituirea unor **„criterii pentru a selecţiona pe cei care pot trăi, de cei cărora nu le mai rămâne decât să moară"**.

Poziţiile umaniste însă, afirmă că obligaţia medicului este să îngrijească bolnavul până în ultima lui clipă, fără să se gândească la costul asistenţei, conform Jurământului lui Hippocrate. Un observator a remarcat:

„Cultura de acum acceptă şi revendică ca un drept, ceea ce ieri respingea şi considera drept crimă".

6. Euthanasia eugenică reprezintă un adevărat **genocid** ce presupune eliminarea prin euthanasie a handicapaţilor genetic sau a celor cu diverse tare patologice.

Pledoarie PRO euthanasie

Există **patru argumente** care pot fi folosite pentru justificarea euthanasiei în diversele ei forme. Argumentele **PRO EUTHANASIE** sunt:

1. Argumentul compasiunii

*Se susţine că atunci când un pacient este confruntat cu o situaţie de mizerie intolerabilă şi suferinţă provocate de o boală incurabilă, ar fi mai blând să-l ajuţi să-şi sfârşească viaţa **decât să-l laşi să trăiască şi să sufere în continuare**. Astfel se propune euthanasia ca o compasiune pentru persoana a cărei viaţă a devenit de nesuportat.*

Scanned with OKEN Scanner

2. Argumentul dreptului de a muri

Conform acestuia, o persoană cu o boală incurabilă, care îi cauzează durere şi suferinţă ce nu pot fi îndepărtate prin vreun mijloc disponibil, are dreptul de a cere sfârşirea chinurilor. Acest ***drept de a-ţi clama moartea*** *este adeseori privit ca parte a* ***dreptului la autonomie****, prin care pacientul are dreptul de a lua hotărâri în legătură cu tratamentul făcut de medici şi surori.*

3. Argumentul progresului social

Se pretinde că societatea ar avea o obligaţie de eugenie de a-i elimina din cadrul ei pe cei care nu fac faţă din punct de vedere fizic şi mintal. Punctele de vedere se bazează pe ***teoria utilitaristă*** *cunoscută sub numele de* ***darvinism social****. În anii '20 era destul de populară, dar după consecinţele politicii sociale şi rasiale din Germania Nazistă ea şi-s pierdut susţinătorii. Teoria se mai utilizează totuşi pentru a justifica euthanasia copiilor sever handicapaţi şi a adulţilor cu demenţă severă sau stare vegetativă persistentă.*

4. Argumentul necesităţii economice

În ultimi ani au fost tot mai numeroase cazurile de stare vegetativă persistentă, ceea ce a dus la ***recunoaşterea marilor costuri*** *pentru îngrijirea medicală şi socială ale celor care ar putea fi candidaţi pentru euthanasie. Într-adevăr costul îngrijirii acestui tip de pacienţi poate fi foarte mare, iar motivaţiile susţin că legalizarea şi trecerea la efectuarea euthanasiei ar putea permite ca unele sume să fie redistribuite în folosul îmbunătăţirii în alte sectoare a serviciilor medicale pentru populaţie.*

Subliniem că aceste patru argumente nu sunt suficiente pentru a decide **pro şi contra**. Trebuie să plecăm de la nişte premise imposibil de ignorat în abordarea unei **privări deliberate de viaţă a cuiva**.

Prezumţiile necesare pentru a trece la euthanasie

Premisele de la care ar trebui să se plece pentru a accepta **conceptul şi practica euthanasiei** sunt mai numeroase şi se pot grupa în trei categorii separate:

- **filosofice**
- **medicale**
- **legale**

Prezumţii filosofice

- *Că omul are cu adevărat dreptul de a muri.*
- *Că valoarea vieţii umane este măsurabilă.*

Scanned with OKEN Scanner

- *Că viaţa umană poate fi abordată în acelaşi mod ca viaţa animală.*
- *Că suferinţa nu poate avea nici o funcţie benefică.*
- *Că se poate garanta un motiv de compasiune, fără amestecul altui sentiment.*
- *Că cerea de euthanasie este întotdeauna raţională şi demnă de încredere.*

Prezumţii medicale

- *Că diagnosticul şi prognosticul medical sunt întotdeauna certe.*
- *Că se poate aprecia întotdeauna în mod realist gradul de suferinţă al unei alte persoane.*
- *Că metodele alternative eficiente pentru îndepărtarea suferinţei nu sunt disponibile în nici un chip.*
- *Că euthanasia este o îndatorire justificată a medicului.*

Prezumţii legale

- *Că prin legalizarea euthanasiei se va putea controla şi abuzul, mai ales când cerea pentru organe de transplant este tot mai mare.*
- *Că se pot face distincţii clare faţă de omor.*

Fără nici o îndoială că cele 12 prezumţii şi importanţa lor semnificativă nu pot fi ignorate, iar orice decizie de a legaliza practica euthanasiei determină implicaţii serioase la nivel etic, legal, social şi profesional medical.

Pledoarie CONTRA euthanasiei

Argumentele **pro** sunt de valoare inegală.

Al treilea şi al patrulea argument au *implicaţii care le diminuă forţa în mod considerabil.* Reamintim politica rasială şi de genocid a Germaniei Naziste. Viaţa umană şi fericirea personală nu pot fi reduse doar la termenii impersonali ai banilor şi cheltuielilor, cu care nu se poate estima situaţia umană.

Prin argumentul dreptului de a muri se face o **confuzie între drepturi şi libertăţi**. *Omul este liber să-şi încheie viaţa atunci când crede de cuviinţă, dar asta nu înseamnă că el are dreptul să procedeze în consecinţă.* Un atare drept nu există din punct de vedere etic, legal sau social.

Argumentul compasiunii este puternic la cei a căror rude au fost obligaţi să-şi urmărească persoanele iubite suferind agonii insuportabile şi să asculte repetate cereri de a le pune capăt prin euthana-

Scanned with OKEN Scanner

sie. Cu toate acestea este îndoielnic cât de mult credit putem acorda compasiunii faţă de alte principii care guvernează comportamentul uman în orice situaţie dată, în actuala stare a naturii umane şi a societăţii.

Dacă o acţiune este greşită din punct de vedere etic sau chiar ilegitimă, trebuie să *ne îndoim că un apel la motivul compasiunii o pot face justă etic şi legal.*

Dacă studiem prezumţiile pentru practica euthanasiei vedem că sunt de valoare îndoielnică, mai ales cele de ordin medical.

Argumente CONTRA euthanasiei:

1. Euthanasia este prea radicală

Ea *distruge o problemă în loc să o rezolve.* Sfârşind viaţa pacientului, îl priveză pe acesta de speranţă şi de orice posibilitate de a regreta sau de a se răzgândi. În cazul durerilor intolerabile, ea distruge întregul sistem nervos în loc să distrugă doar locul de percepţie a durerii.

2. Eutanasia nu are justificaţie etică

Există un principiu etic al totalităţii care îngăduie sacrificarea unei părţi de dragul întregului. *Nu există un principiu invers - de a sacrifica întregul de dragul unei părţi.* Cu siguranţă că acesta ar fi ilogic şi non - etic.

3. Euthanasia este inadmisibilă legal

Datorită posibilităţilor de abuz, majoritatea ţărilor nu au legalizat-o până în prezent. Acest pericol a fost dedus prin extrapolarea situaţiei din Anglia unde, după legalizarea avortului s-au făcut abuzurilor de avort. Este de aşteptat ca să *nu se poată ţine în frâu explozia de cazuri de euthanasie pe principiul* ***slippery slope*** *(al pantei lunecoase).*

4. Euthanasia este greu de pus în practică

Diferitele scheme de euthanasie, inclusiv cele britanice sugerau că euthanasia va fi dusă la îndeplinire de medici. Totuşi *medicii au o formaţie în scopul păstrării vieţii şi nu a distrugerii ei.* Probabil că nu se vor găsi prea mulţi doctori care să dorească să fie cunoscuţi drept călăii pacienţilor lor, deoarece aceasta ar submina relaţia lor medic-pacient.

5. Euthanasia devine tot mai puţin necesară

Când s-au avansat ideile ce susţineau euthanasia în anii '30, nu erau cunoscute conceptul şi practica medicinei paliative. Medicii nu aveau îndrumătoare practice şi nu aveau experienţă în algeziologie

Scanned with OKEN Scanner

şi în îndepărtarea altor simptoame neplăcute date de bolile incurabile. Nu era încă înţeles mecanismul acţiunii opiaceelor în controlul durerii, iar alte metode şi medicamente nu se cunoşteau.

Odată cu abordarea eficientă a mai multor simptoame supărătoare, cu dezvoltarea sistemului ospiciilor şi al caselor de sănătate, necesităţile de euthanasie scad în mod simţitor.

Oncologul **David Cundiff**, autorul cărţii **„Euthanasia nu este răspunsul căutat"** (Euthanasia is not the right answer) arată că: *„Durerea necontrolată şi suferinţa sunt capetele listei pentru cererea de euthanasie"*. Mulţi dintre pacienţii muribunzi ce suferă de dureri foarte mari au asigurări medicale adecvate care le dau acces la medicaţia de control a durerii sau la operaţii pe creier care duc la dispariţia percepţiei durerii. El subliniază că odată cu legalizarea euthanasiei, **„dreptul de a muri va deveni datoria de a muri"**.

Acuzaţii emoţionale cu învinuiri de tipul - *„cei mai vulnerabili"* dintre oameni *„sunt asediaţi de practicanţii euthanasiei"*, iar familiile trebuie să facă faţă *„asalturilor anti - viaţă asupra celor dragi"* care *„ameninţă vieţilor celor care sunt vulnerabili din punct de vedere medical"* - nu aduc mai mult bine, însă, pe plan general, fiind hiperbolizante, iar uneori lipsite de bună-credinţă.

Cea mai înverşunată *adversară a legalizării euthanasiei* este **teoria pantei lunecoase (slippery slope)**, care arată că se poate începe cu cazuri adevărate de ucidere din milă şi la cerea bolnavului, ca să se ajungă la euthanasie non - voluntară generalizată, practicată pe motive politice, sociale sau rasiale. **Dr. Abraham Halpern**, fost preşedinte a **Asociaţiei Americane de Psihiatrie şi Drept** şi **Dr. Alfred Freedman**, fost preşedinte al **Asociaţiei Americane de Psihiatrie** au scris un articol în ziarul *New York Times* afirmând că:

„Trebuie făcut apel împotriva Actului Morţii cu Demnitate... El gresează şi mai tare panta lunecoasă şi va determina cu siguranţă omoruri nedemne şi nemiloase."

Nu putem fi siguri nicidecum că ideile de superioritate rasială şi intoleranţă politică vor fi încurajate prin practicarea euthanasiei. Totodată, nu este cazul să ne temem de prezicerile lui **Dr. Dobson** care sugerează că:

„Îi vom omorî eventual pe cei care nu sunt bolnavi, pe cei care nu cer să moară, pe cei tineri şi deprimaţi, pe cei pe care cineva îi consideră ca având o slabă calitate a vieţii şi pe acei care cred că e de obligaţia lor să se dea la o parte din drum".

Scanned with OKEN Scanner

Alternative la euthanasie

Problema controlului durerii şi al suferinţei nu este rezolvată, însă, doar prin răspunsul **NU** la întrebarea **„Este cazul ca legile pentru euthanasie să fie mai permisibile?**

Este cazul **să se facă mai mult** pentru a preîntâmpina cazurile ce ar sugera recursul la euthanasie.

1. Este nevoie de a anticipa debutul unor anumite afecţiuni şi de a face tot posibilul ca evoluţia lor să fie întârziată.

2. Trebuie puse la dispoziţia pacienţilor **toate metodele** de uşurare a suferinţei şi de control al simptoamelor invalidante care sunt disponibile la momentul actual, făcându-se apel şi la echilibrarea energetică prin acupunctură şi alte terapii alternative (complementare).

3. O metodă veche şi eficientă pare să fie **utilizarea marijuanei** pentru care sunt în plină desfăşurare dezbateri etico-juridice în vederea obţinerii aprobărilor legale.

4. Trebuie încurajată şi promovată cercetarea ce are ca scop mijloacele de îndepărtare a suferinţei, în domeniul algeziologie, de aşa manieră încât să fie descoperite noi metode, iar cele vechi să devină mai eficiente.

5. Trebuie avută în vedere şi combătută noţiunea de **durere emoţională**, care cuprinde: sentimentele de singurătate, izolare, deznădejde, disperare, senzaţiile de lipsă de sens a existenţei, de lipsă de utilitate a propriei persoane, de pierdere a demnităţii, de povară pentru alţii - trăiri care îi pot împinge pe oameni să ceară să li se scurteze viaţa.

6. Trebuie să recunoaştem că îngrijirea suferindului şi îndepărtarea suferinţei sale nu sunt preocupări exclusiv medicale, iar pentru acesta trebuie să antrenăm pe toţi cei ce ocupă de bunăstarea lui fizică, mintală şi spirituală în **îngrijirile paliative**. Este nevoie de o abordare sensibilă şi eficientă a pacientului şi a familiei lui, cu scopul de a-i susţine în situaţiile de necesitate.

Dr. Ira Byok, medic de ospiciu în Montana şi fost preşedinte al **Academiei Americane de medicină paliativă şi de ospiciu** (The American Academy of Hospice and Palliative Medicine) a spus:

„Moartea e grea, dar nu trebuie să fie şi oribilă. Nu faceţi greşeli în această privinţă - Modul cum îi tratăm pe muribunzii noştri este probleme morală principală cu care se confruntă marea noastră naţiune".

Scanned with OKEN Scanner

El şi încă patru conducători ai serviciilor de sănătate au luat cuvântul la o **Conferinţă de presă organizată la Detroit în martie 1999**, pentru a evidenţia progresele şi neajunsurile în îmbunătăţirea îngrijirii celor aflaţi pe moarte. Ei au prezentat următorul tablou:

- *„Prea mulţi oameni trăiesc în dureri fără rost.*
- *Mulţi nu primesc ajutor până în ultimele săptămâni de viaţă.*
- *Personalul medical continuă să ignore dorinţele pacienţilor muribunzi.*
- *Casa de asigurări Medicale nu plăteşte adesea îngrijirea de ospiciu pentru pacienţii în anumite condiţii, cum ar fi cei cu insuficienţă cardiacă congestivă sau cei cu boala lui Alzheimer.*
- *Mulţi americani omit să-şi dicteze dorinţele finale în documentele cunoscute sub numele de living wills.“*

Pe un site de Internet se poate citi în 1999 despre **„Ultimele ştiri medicale despre marijuana“** (The Latest Medical Marijuana News) dintre care:

- Pe 4 martie 1999 la Ottawa, **Canada: „Guvernul federal aprobă studiile clinice cu marijuana“**. Dacă există beneficii terapeutice dovedite de studiu, s-ar putea legaliza utilizarea drogului pentru suferinzii de cancer, SIDA şi scleroză în plăci. Ministrul sănătăţii **Allan Rock** a anunţat că se vor elabora îndrumătoare pentru studiu care să permită dovezi clare că marijuana este de folos pentru contracararea durerii sau a altor simptoame la pacienţii cronici şi pentru cei aflaţi în stadii terminale de boală. Studiul va arăta în ce mod trebuie administrat drogul şi cât de lipsit de riscuri este aprovizionarea cu el a pacienţilor îndreptăţiţi să-l primească. Ministrul a spus:

„Există oameni pe moarte. Ei doresc să aibă acces la ceva despre care cred că le va fi de folos pentru simptomatologia lor. Noi dorim să le fim de folos. Acest lucru nu are nimic de a face cu legalizarea marijuanei. Cred că cetăţenii Canadei vor fi de acord cu accesul la o substanţă care ar putea îndepărta suferinţa, dacă cineva este muribund“.

În SUA, Administraţia pentru alimente şi medicamente (Food and Drug Administration in the United States), are în plan, de asemenea, studii clinice similare.

Faptul că marijuana va fi la dispoziţia pacienţilor pe reţetă nu va impune un amendament la Codul Penal (Criminal Code), după cum afirmă surse din Ministerul sănătăţii. Drogul-medicament va fi administrat conform unei secţiuni existente a **„Actului pentru alimente şi medicamente“**, care permite accesul special la substanţele interzise.

Scanned with OKEN Scanner

• Pe 4 martie 1999 la Juneau, Alaska, S.UA. **„Legea marijuanei medicale intră în vigoare"** (Medical marijuana law starts). Legea oferă o protecţie legală celor care fumează această „iarbă", în cazurile când ei suferă de una din următoarele boli: cancer, SIDA, glaucom, durere cronică, spasme musculare cu cădere şi dacă au recomandare de la medic. Prin lege i se permite pacientului să cultive cantităţi limitate de marijuana, iar medicului care o recomandă i se oferă protecţie legală. Creşterea, vânzarea sau folosirea marijuanei cu scop de distracţie rămâne ilegală, iar după legea federală drogul este încă interzis alături de heroină şi LSD. Un proiect de lege introdus Congresului American cere înlăturarea interdicţiei marijuanei în statele care au permis utilizarea ei medicală: Alaska, Washington, Oregon, California, Arizona and Nevada. Legea din Alaska cere cărţi de identitate pentru utilizatorii medicali de marijuana, care trebuie arătate pentru a evita arestarea.

Există organizaţii, care îşi devotează întreaga activitate promovării îngrijirilor paliative, cum este în S.UA. organizaţia **Hospice**, ce se alimentează cu fonduri din diverse fundaţii caritabile,

Asociaţia Medicală Americană (AMA) a anunţat în 1997, implementarea unui **Institut de Etică**. Scopul acestuia este educarea a aproximativ 20.000 de medici, reprezentând 10% din membrii AMA, în probleme de îngrijiri paliative şi îngrijiri de ospiciu (casă de sănătate pentru bătrâni). Acest proiect nou va fi condus de Linda Emanuel, Profesor de Bioetică la Universitatea din Harvard. Programul pilot ce se desfăşoară pe o perioadă de doi ani este susţinut financiar de Fundaţia Robert Wood Johnson, care a alocat două milioane de dolari pentru aceasta. În mod ironic, această fundaţie a finanţat şi o campanie agresivă pentru susţinerea avortului.

Dr. Carlos F. Gomez, de origine cubaneză, cadru didactic la Facultatea de Medicină a Universităţii din Virginia este purtătorul de cuvânt al Institutului de Etică, care susţine că:

„Dezbaterile asupra euthanasiei au loc sub semnul ignoranţei şi al fricii. Atunci când suntem în plină reformă sanitară şi când reducerea costurilor este o soluţie majoră, a scoate la iveală problema suicidului asistat este nebunie curată".

Programul pilot caracterizat chiar de el ca „ambiţios dar fezabil" include educarea medicilor în spiritul alternativelor la euthanasie, prin întâlniri la nivel regional. Dr, Gomez şi alţi conferenţiari ţin lecţii de formare intensivă în tratamentul durerii, îngrijiri ce compasiune

Scanned with OKEN Scanner

şi îndepărtarea fricilor. Dr. Gomez, care posedă o experienţă redutabilă în tratamentul la pat a muribunzilor, a scris o carte intitulată „Reglementarea morţii: Euthanasia şi cazul Olandei" (Gomez, C.F., 1991) şi a colaborat la scrierea alteia „Protocoale pentru folosirea tratamentelor de susţinere a vieţii" împreună cu Dr. Steven Miles.

Un alt program iniţiat în California la Centrul Medical Naţional „Cetatea speranţei" din oraşul Duarte este intitulat **HOPE** (Home care Outreach for Palliative care Education) - **Extinderea îngrijirilor de acasă pentru educaţia în medicina paliativă).** El constă în cinci module de studiu, extinse pe o perioadă de şase luni, cuprinzând următoarele teme: situaţii generale şi de terminare a vieţii, managementul durerii, managementul altor simptoame, soluţii de comunicare şi evenimentul morţii. Cursanţii beneficiază pe lângă expuneri de benzi video, cărţi, articole de revistă şi înregistrarea sonoră pe bandă a expunerilor pentru studiul individual.

Prima Conferinţă Internaţională pentru Cercetări în Medicina Paliativă a avut loc în mai 1998 la Bethesda în Maryland. Întâlnirea a fost organizată şi co-prezidată de **Dr. Russell Portenoy**, preşedintele departamentului de „Medicina durerii şi îngrijiri paliative" de la Centrul Medical Beth Israel din New York şi de **Dr. Eduardo Bruera**, directorul Programului de îngrijiri paliative la Spitalul comunitar „Grey Nuns" şi Centrul de sănătate din Edmonton, provincia Alberta, din Canada. Au participat 268 de experţi în medicină paliativă din 22 de ţări. Două treimi din ei erau medici, mai mult de un sfert erau surori medicale, iar 40% erau din afara S.UA. Activitatea Conferinţei a fost publicată sub formă de 64 de rezumate în *„Jurnalul de management al durerii şi altor simptoame".*

În România, la **Braşov** există o organizaţie de caritate româno-britanică intitulată - **Fundaţia medicală Hospice „Casa Speranţei"** şi un **Centru de Studii pentru Medicină Paliativă.** Acestea organizează **Cursuri de Îngrijire Paliativă** în colaborare cu Asociaţia Naţională de Îngrijire Paliativă. Prelegerile se desfăşoară cu concursul unor specialişti britanici, sub formă de prezentări plenare şi ateliere.

Scanned with OKEN Scanner

Puncte de vedere juridice privind euthanasia

Problema euthanasiei ridică numeroase controverse juridice motivate în esenţă de vastitatea problemei **drepturilor omului**:

- dreptul la viaţă,
- dreptul la sănătate,
- dreptul la autonomie şi autodeterminare.

Dintre documentele internaţionale care prevăd aceste drepturi se pot cita:

- **Declaraţia Universală a Drepturilor Omului** stabileşte în articolul 3 că: *„Orice om are dreptul la viaţă, libertate şi inviolabilitatea persoanei".*
- **Pactul privitor la Drepturile Civile şi Politice** stabileşte în articolul 6, punctul 1 că: *„Dreptul la viaţă este inerent persoanei umane. Acest drept trebuie ocrotit prin lege. Nimeni nu poate fi privat de viaţa sa în mod arbitrar."*
- **Pactul Internaţional relativ la Drepturile Economice, Sociale şi Culturale** prevede în articolul 12 - *dreptul la o mai bună sănătate fizică şi mintală.*
- **Convenţia Europeană a Drepturilor Omului** menţionează în articolele 2, 3, 7, şi 8 - *dreptul persoanelor la viaţă şi sănătate, interdicţia torturii şi a tratamentelor degradante şi inumane, precum, şi respectul vieţii private.*

Incriminarea directă a euthanasiei este făcută în unele documente. **Declaraţia de la Tokio, 1975,** afirmă că:

„Privilegiul corpului medical este de a practica medicina în serviciile umanităţii: de a păstra şi reface starea de sănătate fizică şi psihică, fără discriminări, de a uşura suferinţa oricărui pacient. Respectul faţă de viaţa umană este suveran şi nu se pot pune în practică atitudini terapeutice contrare legilor umanităţii".

Acelaşi document prevede:

„Dreptul fiecărei fiinţe umane este apărat prin lege. Cu excepţia execuţiei unei pedepse cu moartea, nu poate fi comisă o omucidere voluntară".

Legile statelor, începând cu Constituţia realizează o corelare între normele interne şi instrumentele juridice internaţionale.

Potrivit acestor articole de lege, *a refuza dreptul la viaţă al fiecărui om, indiferent de starea acestuia de sănătate fizică sau psihică şi indiferent de vârsta sa, înseamnă crimă.*

Scanned with OKEN Scanner

Tentative de legalizare a euthanasiei au avut şi au loc în diverse ţări, cu scopul de a se accepta „uciderea din milă" sau suicidul asistat, cu toate că părerea generală, conform sondajelor de opinie făcute, este că *„populaţia adultă poate primi ajutor medical în momentele premergătoare morţii"*.

Practica arată că **este imposibil de stabilit**, printr-un articol de lege, **unde se termină viaţa umană, şi unde începe stadiul de „sub-uman"**.

Totodată se ştie că **drepturile bolnavului la îngrijiri medicale nu pot depăşi mijloacele terapeutice** de care societatea dispune la momentul respectiv.

În virtutea drepturilor sale, omul îşi revendică în tot mai mare măsură dreptul de a decide în problemele care îl vizează. Dreptul la viaţă se cere completat, pentru situaţii speciale, cu **dreptul la moarte**, avându-se în vedere că progresele tehnico-ştiinţifice actuale permit prelungirea artificială a vieţii, prelungind totodată şi suferinţa terminală.

Euthanasia formează şi obiectul unor dezbateri în **Consiliul Europei**.

În **Raportul Schwartzenberg** prezentat **Parlamentului Europei**, se militează pentru euthanasie, motivându-se: *„În absenţa oricărei terapii curative şi după eşecul tratamentului paliativ, ori de cât ori un bolnav pe deplin conştient, cere în mod expres şi repetat să i se pună capăt vieţii, care pentru el a pierdut orice demnitate şi dacă o comisie de medici constată că este imposibil să i se aplice noi tratamente, această cerere trebuie satisfăcută, fără ca prin aceasta să se aducă vreun prejudiciu respectului faţă de viaţa umană... Aceasta deoarece, ajutorul acordat de medic, care îi permite pacientului să adoarmă pentru totdeauna în pace..., este sinonim cu respectul pentru viaţă"*.

Dreptul de a cere să fii salvat de chinurile morţii şi ale suferinţei nu este prevăzut decât de legislaţiile ţărilor amintite (SUA - Oregon, Teritoriul de Nord al Australiei, Olanda, Japonia, Cambodgia, Colombia).

Legiuitorii manifestă o **prudenţă explicabilă** în a permite suprimarea vieţii la cererea unei persoane, oricât de motivată ar fi ea. Poziţia legală cea mai răspândită arată că **euthanasia este interzisă**.

În *sistemele legale cu tradiţia dreptului comun*, atitudinea juridică este că atâta timp cât persoana acuzată a avut intenţia de a

Scanned with OKEN Scanner

omorî (sau a fost conştientă că acţiunile sale vor aduce moartea) motivele pentru care a făcut-o nu sunt relevante. Pe scurt euthanasia este **echivalentă cu crima de omor.**

În *sistemele legale cu tradiţia dreptului civil* unde uciderea din milă este trecută tot ca omucidere ilegală, se **consideră circumstanţe atenuante** motivaţia de a-l elibera pe bolnav de suferinţa incurabilă sau de a acţiona după consimţământul lui. Orice judecător va putea dovedi, pe baza **principiului efectului dublu** că medicamentele administrate pentru a înlătura durerea au scurtat viaţa pacientului, iar cauza morţii a fost mai degrabă boala de care pacientul suferea.

Responsabilitatea legală pentru omisiune se poate lua în consideraţie arareori însă. Este imperios necesar ca să se arate că *medicul avea datoria de a face anumite lucruri*, dar în practică urmărirea penală va fi începută arareori dacă moartea a apărut ca urmare a unei non-acţiuni.

În legea elveţiană şi germană, motivaţia fiind altruistă şi moartea umană, demnă, deşi euthanasia este considerată crimă, pedeapsa este uşoară

Codul Penal norvegian din 1902 tratează omorul unei persoane bolnave, incurabile (omor motivat din milă), drept omor la cerere. În acest caz pedeapsa se reduce mult sub nivelul minim al pedepsei care ar fi aplicabilă altfel.

În **Codul Penal rus din 1903** şi **Codul Penal polonez** din 1932 se stipulează reduceri similare ale pedepsei.

Codul penal din Uruguay din 1933 se pronunţă pentru disculpare totală.

Codul Penal din America de Nord (The Criminal Law), în concordanţă cu cel din **Anglia** şi **Australia** aprecierea faptei este determinată în întregime de **factorii de premeditare şi deliberare.** Motivaţia şi solicitarea morţii bolnavului nu sunt factori relevanţi în calificarea crimei comise şi a gradului de pedeapsă. Prin urmare, euthanasia activă fiind un act premeditat, poate fi considerată un tip grav de omucidere.

În practică, însă, **legea este interpretată**. În cazul suicidului asistat şi a euthanasiei active se folosesc **subterfugii legale** cum ar fi:

- lipsa de dovezi;
- nebunie temporară;

Scanned with OKEN Scanner

- curtea evită condamnările;
- judecătorii sunt indulgenţi în aplicarea pedepselor.

Referitor la comportamentul curţilor şi a tribunalelor în aceste dezbateri, se pune problema dacă nu este oportun ca legile să fie adusă din nou în dezbatere.

Cazul Ormerod din **Anglia** 1995-1999, caz fără consecinţe juridice finale, s-a limitat la o decizie de suspendare pe şase luni a dreptului de practică medicală a doctorului **Ken Taylor**. Deşi a fost iniţial arestat pentru patru zile de către poliţia care l-a anchetat, Procuratura Curţii Britanice nu a dat curs unei urmăriri judiciare. Însă tracasarea medicului şi atitudinea incriminativ-vindicativă a unor grupuri de presiune au dus la pensionarea lui prematură la numai 50 de ani. Cazul de referea la întreruperea hidratării şi a hrănirii cu un supliment alimentar lichid a unei vârstnice apoplectice de 85 de ani, aflată de patru ani în îngrijirea aceluiaşi medic, într-o casă de sănătate din Preston.

Cu această ocazie, însă, au fost aduse la lumină, de către rudele îndoliate, o serie de acuzaţii de **euthanasie involuntară**, din spitalele şi casele de sănătate britanice, prin intermediul ziarului Times. Poliţia şi ofiţerii medicali investighează morţile a peste 60 de pacienţi. Multe din aceste cazuri se referă la întreruperea perfuziilor intravenoase de hrănire şi hidratare la cei incapabili să înghită. Majoritatea cazurilor sunt izolate, dar se pare că la o secţie de psihogeriatrie a spitalului Kingsway din Derby ar fi mai multe morţi la bolnavii cu demenţă senilă. Depinde bineînţeles de punctul de vedere al fiecărei părţi care cere revizuirea legilor.

***Olanda** a fost prima ţară care a revizuit legile asupra euthanasiei. Euthanasia voluntară era explicit interzisă prin **articolul 293** din **Codul Penal Olandez**, fiind considerată crimă, dar încă de la sfârşitul secolului XIX, era încadrată ca un delict separat într-un articol diferit de omucidere şi de omorul prin imprudenţă. Pedeapsa varia de la amendă la maxim 12 ani închisoare. **Articolul 294** considera un delict, care se pedepsea cu până la trei ani de închisoare sau amendă - fapta unei persoane de a incita în mod intenţional, de a asista sau procura mijloacele pentru ca altcineva să se sinucidă. **Articolul 40** stabileşte bazele apărării pe criteriul „stării de necesitate" (noodtoestand). care previne aplicarea articolelor 293 şi 294. Criteriile legate de apărarea prin „starea de necesitate" au fost adunate din mai multe decizii ale Curţii Supreme. Ele nu au fost folosite decât în cazurile în care medicul a fost dat în judecată.*

Scanned with OKEN Scanner

Din 1990 a existat o **înţelegere** între **Ministerul de Justiţie Olandez şi Societatea Medicală Regală Olandeză** care oferea protecţie faţă de urmărirea în justiţie a medicilor care duceau la îndeplinire acte de euthanasie sau suicid asistat. În 1995, Parlamentul olandez a adus susţinerea legală a practicii. Astăzi medicii nu pot fi acuzaţi dacă îşi motivează acţiunea şi urmează nişte direcţii clare, date de legea aprobată de Parlamentul Olandez în 2001. Acestea stipulează că pacientul trebuie:

- să fie mintal sănătos, competent;
- să sufere de dureri insuportabile, ce nu pot fi tratate cu orice tratament medical actual;
- să ceară în repetate rânduri să i se ia viaţa.

Legislaţia penală română s-a situat ferm pe poziţia **pedepsirii omorului euthanasic.**

Codul Penal din 1936 incrimina, într-un articol distinct (486, alineatele 1, 3), uciderea unei persoane în urma rugăminţii stăruitoare şi repetate a acesteia sau sub impulsul unui sentiment de milă, pentru a curma chinurile unui bolnav incurabil. În expunerea de motive, se arăta că textul de lege urmăreşte să înlăture discuţiile din doctrină, după care **consimţământul victimei ar anula criminalitatea faptului.** Deşi actele de euthanasie nu erau asimilate cu omorul sau asasinatul, ele erau pedepsite.

Pentru pedepsirea mai blândă a omorului comis în aceste condiţii, se cerea ca rugăminţile să fie făcute de victimă în deplinătatea facultăţilor sale mintale, să fie serioase şi stăruitoare, să fie repetate (să rezulte astfel că hotărârea victimei persistă), ceea ce exclude o hotărâre luată în pripă, într-un moment de deznădejde. În doctrină era subliniat că **nu are importanţă cauza pentru care victima îşi doreşte moartea**: *boală incurabilă, onoare sau cauze sentimentale.*

V. V. Stanciu (La fausse euthanasie, 1962), susţinea că elementele de **euthanasie veritabilă** sunt:

- boală incurabilă cu evoluţie fatală;
- suferinţe atroce;
- cerere repetată a bolnavului, care imploră moartea ca o eliberare.

El preciza, însă, că nici atunci când toate aceste elemente sunt reunite, ele **nu pot constitui o justificare pentru omorul din milă.**

Potrivit **Codului Penal din 1969**, euthanasia nu are eficienţă din punct de vedere juridic. Dispoziţiile articolului 468 din vechiul Cod Penal nu au fost preluate în noul Cod Penal, motivându-se că în ast-

Scanned with OKEN Scanner

fel de cazuri vor opera dispoziţiile privitoare la reducerea pedepsei pentru existenţa unor circumstanţe atenuante judecătoreşti şi că în legea noastră consimţământul victimei nu înlătură răspunderea penală nici în caz de euthanasie, *pentru că dreptul la viaţă, integritate corporală şi sănătate sunt valori fundamentale ale omului.* Pentru infracţiunile îndreptate împotriva acestor valori, **vinovăţia nu poate fi înlăturată pentru motivul că victima şi-a dat consimţământul.**

În jurisprudenţa din România valoarea de **circumstanţe atenuante** o au motivele (factori determinanţi psihici, subiectivi care dau impulsul intern al trecerii la faptă), aşa-numitele **„motive onorabile"**, de natură să sugereze că făptuitorul nu este o persoană cu atitudine antisocială.

Prin actuala **Lege Sanitară**, medicul nu este îndreptăţit la nici o acţiune sau inacţiune a cărei rezultat să fie un act de euthanasie. Potrivit articolului 71 din această lege, medicul are obligaţii legate de susţinerea vieţii. El trebuie: *„Să evite orice atitudine care poate influenţa negativ evoluţia bolii; să acorde primul ajutor şi să acorde asistenţă medicală bolnavului până la dispariţia stării de pericol pentru sănătatea sau viaţa acestuia".*

Singurele situaţii care **nu cad sub incidenţa codului penal** sunt cele reglementate printr-un *ordin al Ministerului Sănătăţii* şi care prevăd **întreruperea reanimării în cazul comelor depăşite cu viaţă vegetativă sau supravieţuire artificială**. În aceste situaţii, întreruperea reanimării va fi legală dacă traseul electro-encefalografic este plat pentru a durată de minimum 60 de ore cu excepţia celor intoxicaţi, hipotermici, a copiilor şi gravidelor.

În **Proiectul de Lege Sanitară a României**, sunt incluse patru articole de legiferare a euthanasiei. Aceste articole prevăd:

- **decizia de scurtare deliberată a vieţii pacientului** de către medicul curant în interesul pacientului, a cărei scop este de a pune capăt suferinţelor acestuia, fie că pacientul cere în mod limpede ca viaţa să-i fie întreruptă (euthanasie voluntară), fie că viaţa acestuia este suprimată în propriul său interes, atunci când acesta nu-şi poate exprima în nici un fel voinţa (euthanasie non - voluntară), **este posibil a fi pusă în realizare** dacă asemenea fapte nu cad sub incidenţa legii penale;
- **decizia de întrerupere a tratamentului de susţinere a funcţiilor vitale pentru un pacient inconştient care nu poate supra-**

Scanned with OKEN Scanner

vieţui fără protezare cardio-respiratorie (pacient în stadiul terminal) se va lua de către cel puţin doi medici specialişti ATI în conformitate cu criteriile de apreciere a morţii creierului stabilite de o comisie naţională acreditată în acest scop;

• doi medici, dintre care unul pediatru, acţionând cu bună credinţă şi cu acordul ambilor părinţi (dacă este posibil), pot **decide împotriva continuării tratamentului unui nou-născut în lumina unui diagnostic cu prognostic medical sever care indică o viaţă ulterioară a copilului ca fiind intolerabilă** prin durere, suferinţă sau incompetenţă cerebrală; tratamentul poate fi abandonat şi dacă moartea are mari probabilităţi chiar cu tratament. Medicul, ca şi restul personalului sanitar, are dreptul, pe baza conştiinţei individuale, de a nu participa la această acţiune.

Vladimir Beliş propune o altă formulare pentru primele trei articole care *„ar reflecta mai bine principiile caritabile ale euthanasiei":*

• **Euthanasia activă este interzisă** (suprimarea prin orice mijloace a vieţii unui bolnav incurabil sau în stadiul terminal), indiferent la cererea cui se face.

• **Euthanasia pasivă este interzisă** (suprimarea menţinerii în viaţă exclusiv prin mijloace terapeutice), indiferent la cererea cui s-ar face, **când bolnavul este conştient.**

• **Euthanasia pasivă poate fi acceptată la un bolnav aflat în stare de comă depăşită** când o comisie de medici alcătuită din doi medici ATI, medic neurolog şi medic legist stabileşte pe baza unor criterii unanim recunoscute moartea ireversibilă a creierului. Doi medici dintre care unul e pediatru, pot decide împotriva continuării tratamentului unui nou-născut când acesta prezintă malformaţii congenitale incompatibile cu viaţa, indubitabil diagnosticate, sau incompetenţa cerebrală.

În doctrina juridică românească se afirmă că „**până când nu se va reuşi stabilirea unui control eficient asupra euthanasiei este mai prudent ca ea să fie ţinută în afara legii**", dar bineînţeles că există şi autori care susţin euthanasia invocând lipsa de umanism a legii.

Scanned with OKEN Scanner

Legile actuale care permit euthanasia

LEGEA DIN OLANDA

În Olanda există câteva **caracteristici generale** care trebuie avute în vedere înainte de orice discuţie sau apreciere.

Standardul de îngrijire medicală de aici este foarte mare, printre cele mai mari din lume. Peste 95% din cetăţenii olandezi au asigurare medicală privată, care le garantează o gamă largă de îngrijiri medicale, incluzând îngrijirea paliativă pe termen lung, care este foarte avansată. Restul populaţiei are asigurare de boală de stat. Pe lângă spitale funcţionează centre de îngrijiri paliative şi de management al durerii, cunoscute sub numele de **hospices**, în ţările de limbă engleză. Nu există nici un motiv financiar pentru spitalele, medicii sau familiile olandezilor, de a întrerupe îngrijirile medicale ale unor bolnavi. Pacienţii îşi cunosc medicii de familie bine şi de mult timp. Mulţi oameni mor acasă, mai ales suferinzii de cancer, fiind îngrijiţi de medicul lor generalist care le este apropiat ca un membrul al familiei. În timpul ocupaţiei naziste, medicii olandezi au preferat să fie azvârliţi în lagăre de concentrare decât să divulge numele pacienţilor lor.

Aceşti factori au contribuit la **creşterea încrederii în relaţia medic-pacient**, la un nivel mult mai mare decât în multe alte ţări.

Euthanasia era pedepsită după lege până la ***Cazul Postma.***

În anul 1971, ***doctoriţa Geertruida Postma*** *şi-a injectat mama, care îi era pacientă, cu morfină şi curara, determinându-i moartea. Bătrâna suferise o hemoragie cerebrală, era parţial surdă, avea deficienţe de vorbire şi stătea legată într-un fotoliu ca să nu cadă. De mai multe ori ea o rugase pe fiica ei să o scape de viaţă. Conform art. 293 din* ***Codul Penal Olandez*** *ea a fost dată în judecată. În 1973 Curtea Criminală din Leeuwarden a găsit-o vinovată pe Dr. Postma, dar i-a dat o* ***sentinţă cu suspendare de o săptămână de închisoare*** *şi supraveghere timp de un an. Comentariul Curţii a fost că este posibil să administrezi medicamente care îndepărtează durerea, determinând moartea pacientului, în anumite circumstanţe, cu condiţia ca scopul tratamentului să fie îndepărtarea durerii fizice sau sufleteşti, determinată de o boală incurabilă aflată în stadiu terminal.*

Plecând de la acest precedent, **Societatea Medicală Regală Olandeză** a emis o declaraţie prin care se cerea menţinerea artico-

Scanned with OKEN Scanner

lului 293 din Codul Penal Olandez, dar precizând că administrarea medicamentelor împotriva durerii, lipsa aplicării unor tratamente nefolositoare sau întreruperea lor **să fie justificabile**, chiar dacă din acestea rezulta moartea bolnavului.

În 1973 s-au format **primele societăţi pentru euthanasie voluntară.**

În 1981 **Curtea din Rotterdam** a stabilit un set de **îndrumări** care arătau când este permis medicului să-i administreze pacientului său euthanasia voluntară sau să-l asiste la suicid, fără ca acest lucru să ducă la urmărirea în justiţie. Ele se refereau la consultaţia ce trebuia minuţios făcută, la noţiunea de suferinţă terminală şi la cererea expresă a pacientului.

În 1984 a avut loc ***Cazul Alkmaar***.

O bătrână de 95 de ani, incapabilă să mai bea şi să mai mănânce şi-a pierdut conştienţa, iar când şi-a revenit a cerut medicului ei să-i facă euthanasie. El s-a consultat cu un alt medic, care a fost de acord că pacienta nu mai putea să-şi revină, deşi nu era vorba de o boală nou survenită, ci de progresia cronică a bătrâneţii. Cursul vieţii bătrânei a fost întrerupt, iar medicul a fost găsit vinovat pentru încălcarea art. 293, de o Curte inferioară şi de Curtea de Apel, dar nu i s-a aplicat nici o pedeapsă. La apelul făcut la Curtea Supremă, judecătorii l-au exonerat de răspundere, considerând că el a acţionat în stare de necesitate conform art.40. Ei au afirmat, susţinând apărarea medicului, că el s-a confruntat cu un conflict de responsabilităţi între menţinerea vieţii pacientei - pe de o parte şi îndepărtarea suferinţei ei - de cealaltă parte. Curtea a decis că acest conflict trebuia rezolvat pe baza opiniei responsabile a medicului, măsurată la standardele de etică medicală. S-a hotărât că medicul a rezolvat conflictul în mod adecvat, în acest caz.

În 1984, **Societatea Medicală Regală Olandeză** a emis 10 **„Reguli de conduită grijulie"** pentru euthanasie voluntară. Acestea cereau medicului să-şi informeze pacientul asupra condiţiei sale, să-i consulte rudele cele mai apropiate (cu excepţia cazului când acesta se opune), să se consulte cu măcar încă un medic, să noteze toate datele, iar în cazul unui copil să obţină consimţământul părinţilor sau al susţinătorului legal. **Curtea Supremă a Olandei** a agreat aceste reguli, considerându-le acceptabile.

În 1985, o curte de justiţie **a eliminat condiţia de „boală terminală"** într-un caz al unei tinere afectată de scleroză multiplă. Deşi boala ei era avansată şi incurabilă, ea putea trăi încă mulţi ani.

Scanned with OKEN Scanner

În 1985, Comitetul de conducere al **Societăţii Regale Olandeze pentru Dezvoltarea Farmaciei (KNMP)** a recunoscut public că medicii şi farmaciştii trebuie să aibă la dispoziţie date de încredere asupra practicării tehnice a euthanasiei. Ei au alcătuit un comitet, **Task Force** care să facă un raport „asupra informaţiilor disponibile în mod curent, cu privire la normele pe care trebuie să le îndeplinească substanţele, pentru a fi administrate ca **agenţi euthanasici** şi substanţele care îndeplinesc aceste norme şi în ce măsură.

În 1987, Comitetul Task Force a publicat „**Raportul tehnic asupra Agenţilor Euthanasici**". În această lucrare se făcea inventarul şi se evaluau în parte agenţii euthanasici, pe baza experienţelor publicate şi nepublicate la vremea aceea. În baza acestor date se făceau şi recomandări asupra modurilor de administrare a acestora.

La sfârşitul anilor '80 era o practică obişnuită „euthanasierea" copiilor născuţi handicapaţi, cum ar fi cei cu *spina bifida* sau sindromul Down.

Trei surori medicale din Amsterdam au omorât câţiva bolnavi comatoşi ireversibili, fără vreun consimţământ. Ele au fost condamnate, dar nu pentru omor, ci pentru că au omis să consulte medicul.

Raportul **Institutului de Asistenţă Medicală şi Socială** din Rotterdam, a afirmat că jumătate din bolnavii care mor pe parcursul unui an se folosesc de sprijinul medicului. Doar 5% din bolnavii cronici intratabili au cerut sprijin activ medicului curant, iar 400 dintre ei s-au sinucis asistaţi de medic.

În 1990, Guvernul a considerat că incertitudinea empiricului trebuie să dispară şi a format în consecinţă o **Comisie pentru studiul practicii medicale cu privire la euthanasie şi la alte practici medicale în legătură cu sfârşirea vieţii în Olanda.** Aceasta s-a numit **comisia Remmelink**, după numele Procurorului General al Înaltului Consiliu al Olandei, care a condus studiul. **Profesorul Paul J. van der Maas** a fost desemnat în mod oficial pentru a studia în 1991 un eşantion de morţi din anul 1990 şi detaliile câtorva morţi de la începutul anului 1991. Studiind cazurile menţionate, Comisia a arătat că euthanasia activă era solicitată de majoritatea bolnavilor terminali, dar unii medici refuzau.

În 1990 s-a formulat o **înţelegere** între **Societatea Medicală Regală Olandeză** şi **Ministerul de Justiţie Olandez** prin care era agreată **procedura de notificare pentru euthanasia voluntară** şi care oferea protecţie faţă de urmărirea în justiţie a medicilor care

Scanned with OKEN Scanner

duceau la îndeplinire acte de euthanasie sau suicid asistat. Prin această înţelegere, s-au stabilit şi **criteriile** după care un medic poate invoca cu succes „**starea de necesitate**" în apărarea sa, provenite din diversele colecţii de decizii ale Curţilor de justiţie. Medicii au fost obligaţi prin acesta să dea curs formularelor completate de „voinţă pentru timpul vieţii" - *living wills.*

Studiul cazului Olandei din 1990 este prezentat în cartea lui **Peter Singer, „Regândind despre viaţă şi moarte"** (Rethinking Life and Death) publicată în anul 1994. Peter Singer este unul dintre cei mai celebri bioeticieni ai lumii. De origine australiană, cu studii la Melbourne şi Oxford, el este considerat un raţionalist al secolului XX, apărător al unui sistem filosofic bazat pe raţiune şi nu pe sentiment, interes personal sau condiţionare socială. El consemnează că un număr de aproximativ 48.500 de morţi au fost asociate unor decizii medicale de terminare a vieţii. Dintre acestea, aproximativ 22.500 erau decizii de a nu trata sau de a întrerupe tratamentul, iar 22.500 au implicat folosirea medicamentelor pentru îndepărtarea durerii, care deşi nu au avut această intenţie, au grăbit moartea pacientului. Din celelalte 3.700 de cazuri, 2.700 au fost cazuri de euthanasie activă voluntară sau suicid asistat medical, dintre care în peste trei sferturi de cazuri speranţa la viaţă era mai mică de patru săptămâni. Cele 1.000 de cazuri rămase au fost cele în care medicul a prescris, a procurat, sau a administrat un medicament cu intenţia de a grăbi moartea, dar **fără o cerere explicită a pacientului pentru aceasta.** Autorul explică de ce aceste 1.000 de cazuri **nu pot fi folosite ca probă că „panta lunecoasă" este o realitate.** Nici unul dintre aceste cazuri nu a însemnat euthanasie involuntară (împotriva voinţei persoanei). Ele au fost cazuri de euthanasie activă non - voluntară la pacienţi care erau muribunzi şi incompetenţi mintal. În 71% din cazuri speranţa la viaţă era mai mică de o săptămână. În 60% din cazuri s-a discutat problema euthanasiei, dar deteriorarea clinică a survenit înainte ca să se fi făcut o cerere explicită, iar în toate cazurile rămase, cu două excepţii, o diminuare permanentă a stadiului de conştienţă precedase discuţia.

Între 1991 şi 1994, atenţia opiniei publice a fost reţinută de ***Cazul Chabot.***

Doamna Hilly Boscher, în vârstă de 50 de ani suferea de mulţi ani de depresie, avusese un mariaj violent, iar cei doi fii îi muriseră, unul sinucigându-se, iar celălalt de cancer. După moartea celui de

Scanned with OKEN Scanner

al doilea fiu, ea a decis să se sinucidă şi a apelat la ***Federaţia Olandeză pentru euthanasie voluntară*** *care a îndrumat-o la Doctorul Chabot. Dr. Boudewijn Chabot a diagnosticat-o cu o suferinţă mintală gravă şi intratabilă. După opinia lui criteriologia pentru asistarea la suicid era suficientă, dar a consultat un număr de colegi, care au consultat doar dosarul doamnei Bosher, fără să o consulte personal. În septembrie 1991, Dr. Chabot a ajutat-o pe dna. Bosher să se sinucidă, prescriindu-i o doză letală de medicamente; ulterior i-a raportat procurorului moartea femeii. Dr. Chabot a fost acuzat în baza art. 294 din Codul Penal Olandez. El a găsit de cuviinţă să invoce „starea de necesitate", în apărarea sa. Curtea a susţinut că starea de necesitate nu se poate aplica în cazul unei suferinţe pur psihologice. Ei i-au oferit, însă, posibilitatea consultării unui expert medical independent, dar colegii Doctorului Chabot nu consultaseră direct pacienta, aşa că apărarea cu „starea de necesitate" a căzut. Curtea Supremă a Olandei a decis în iunie 1994 că Dr. Chabot era vinovat, dar nu i-au dat nici o pedeapsă. În februarie 1995, un* ***Tribunal disciplinar medical*** *l-a admonestat pe Dr. Chabot cu un vot de blam.*

În 1994 s-au făcut amendamente la „Certificatul de deces pentru înmormântare" incluzând **procedura de notificare a euthanasiei voluntare şi a suicidului asistat,** dându-i acesteia un **statut legal formal**. S-a estimat de nişte autori că euthanasia voluntară se petrecea la **domiciliu** în una din aproximativ 25 de morţi, în **spitale** în una din 75, iar în **casele de îngrijire a sănătăţii** în una din 800. (Wal; Dillman - 1994).

În 1994, **Societatea Regală Olandeză pentru Dezvoltarea Farmaciei** din Haga a republicat o versiune actualizată a lucrării „**Administrarea şi Combinarea Agenţilor Euthanasici**". În introducerea ei se scrie:

„După mulţi ani de discuţii politice asupra euthanasiei şi suicidului asistat, s-a ales un sistem prin care se menţine de principiu responsabilitatea de tip penal, iar medicii trebuie să pledeze în temeiul „forţei majore", aşa cum se prevede în articolul 40 din Codul penal. Aceasta permite ca, într-un fel sau altul, să abordăm în mod procedural toate formele de tratament care duc la moarte. Maniera de raportare în scris făcută de medic către procurorul criminalist municipal este stabilită printr-un Ordin care face parte din ***Legea asupra Administrării Morţii*** *care a intrat în vigoare pe data de*

Scanned with OKEN Scanner

1 iunie 1994. Printre multele puncte din acest Ordin de care trebuie să ţină seama medicul raportor este problema ***în ce mod şi prin ce mijloace s-a făcut administrarea morţii.***" (Med Contact 1994; 49: 697-9).

Broşura actuală înlocuia Raportul original din 1987. Deoarece la vremea aceea redactarea se făcuse, în parte, pe consideraţii teoretice şi/sau asupra unor agenţi care erau arareori administraţi, a fost necesar un feed back din partea practicii în ceea ce priveşte recomandările făcute de Task Force. Fiecare exemplar conţinea la sfârşit un formular de chestionar însoţit de rugămintea de a fi copiat şi completat ulterior, pentru a fi returnat, anonim. În 1994, Task Force a revizuit chestionarele înapoiate în cadrul unui sondaj, iar după evaluare şi-a ajustat recomandările. Comitetul de conducere al **Societăţii Regale Olandeze pentru Dezvoltarea Farmaciei** a hotărât să se emită noi recomandări, însoţite de explicaţii pe larg, dar nu pentru marele public, ci doar pentru medicii şi farmaciştii care vor solicita broşura prin poştă. Structura noii broşuri cuprinde:

- *Capitolul 1 - Punerea în temă.*
- *Capitolul 2 - Recapitularea recomandărilor din 1987 şi a consideraţiilor pe baza cărora au fost făcute.*
- *Capitolul 3 - Discuţia lărgită a rezultatelor găsite de Task Force în sondajul de supraveghere al chestionarelor ş concluziile derivate din ele.*
- *Capitolul 4 - Explicaţia modificării recomandărilor originale.*
- *Capitolul 5 - Îndrumări specifice pentru a obţine dispense de distribuire a unor substanţe, deoarece doar câteva dintre recomandări pot fi duse la îndeplinire cu produse disponibile în masă.*
- *Capitolul 6 - Criteriologia diligenţelor de care trebuie să ţină seama farmacistul, atunci când furnizează agenţi euthanasici.*

În noiembrie 1995 au avut loc două cazuri controversate de **euthanasie non-voluntară.**

***Cazul Kadijk**: Medicul a făcut o injecţie letală unei fetiţe de 25 de zile suferind de sindromul Patau (trisomia 13), la cererea sinceră şi explicită a părinţilor ei. Fetiţa prezenta gură de lup, buză de iepure, defecte ale craniului, polidactilie, microftalmie, retardare gravă mintală, multiple defecte neurologice cu convulsii şi retardare motorie. Fetiţa făcuse deja un stop cardio-respirator şi era în insuficienţă renală, iar unul din defectele scalpului era ulcerat şi se infectase. Convulsiile jacksoniene nu puteau fi controlate cu sedare sau anal-*

Scanned with OKEN Scanner

gezie fără a agrava insuficienţa renală. Era notoriu că 90% din trisomiile 13 mor în primul an de viaţă. În aceste circumstanţe, Curtea Districtuală din Groningen, în faţa căreia a fost acuzat medicul, a susţinut starea de necesitate în apărarea lui.

Cazul Prins: *Un medic a administrat o injecţie letală unui nounăscut de trei zile suferind de Hidrocefalie şi Spina bifida. Copilul se zvârcolea de durere, iar speranţa lui la viaţă nu depăşea şase luni. Părinţii au fost informaţi de condiţia sa clinică şi de prognostic, iar ei au făcut o „cerere rezonabilă şi sinceră" de euthanasie. Curtea de Apel din Amsterdam în faţa căreia a ajuns cazul în noiembrie 1995 a susţinut apărarea prin starea de necesitate.*

Datele din Amsterdam (după AIDS Care - 1995) au arătat că incidenţa euthanasiei şi a suicidului asistat la persoanele cu SIDA a fost de 26% - o valoare mai mare decât în multe alte populaţii, dar una care reflectă probabil realitatea din lume. Euthanasia pasivă şi non - tratamentul selectiv reprezintă practici medicale frecvente, în timp ce doar un număr minuscul de medici acţionează activ pentru a sfârşi viaţa pacienţilor lor. Se consideră că dacă bolnavul este incurabil şi refuză perseverenţa terapeutică, medicul nu se poate opune, căci altfel înseamnă că se lezează libertatea şi autonomia acestuia.

Criteriile de îndrumare - **„Regulile de conduită grijulie"** ale **Societăţii Medicale Regale Olandeze** au fost revizuite în 1995. Ele se prezintă astăzi după cum urmează:

- hotărârea de a muri trebuie să fie luată în mod **voluntar** şi cu chibzuinţă de către un pacient **autonom** (competent) şi informat;
- intenţia pacientului de a muri trebuie să fie clară, iar decizia trebuie să fie liberă, pacientul trebuind **să ceară explicit şi în mod repetat** administrarea euthanasiei în aşa fel încât să nu planeze nici o îndoială asupra dorinţei sale de a muri;
- suferinţa fizică **sau mintală** trebuie să fie intensă, de nesuportat şi fără speranţă de revenire;
- **NU este obligatoriu** ca bolnavul să fie în **stadiu terminal**;
- toate modalităţile de tratament să fi fost încercate sau refuzate de către pacient, iar altă soluţie de ameliorare nu mai există;
- euthanasia voluntară sau suicidul asistat trebuie **duse la îndeplinire de un doctor**;
- înainte de a acţiona, medicul curant trebuie să se consulte cu un alt medic cu o ţinută morală şi profesională recunoscută;

Scanned with OKEN Scanner

• începând cu cazul Chabot, dacă pacientul suferă de o boală psihică, medicul curant trebuie să se consulte cu cel puţin doi alţi medici, dintre care unul trebuie să fie psihiatru;

• medicul trebuie să aibă înregistrate în scris toate detaliile cazului;

• moartea trebuie raportată la procuratura districtuală ca un caz de euthanasie voluntară sau de suicid asistat şi nu ca o moarte de cauză naturală.

Remarci ulterioare:

• în primul rând - este **de preferat suicidul asistat euthanasiei**, acolo unde este posibil.

• în al doilea rând - consultaţia pacientului trebuie făcută de un medic cu experienţă care nu are relaţii profesionale sau familiale cu medicul care a acordat consultaţia primară a pacientului.

• în al treilea rând - dacă un medic se opune personal euthanasiei, el trebuie să-şi prezinte punctul de vedere pacientului şi să-l ajute pe acesta să găsească un medic care doreşte să-l asiste.

Administrarea fizică a euthanasiei se face de regulă prin **două injecţii:**

• prima injecţie induce o comă;

• a doua injecţie opreşte cordul.

Se încurajează în mod oficial, însă, luarea de către pacient a unei **doze letale de medicament, sub supravegherea medicului.**

Procedura notificării cazului de euthanasie sau de suicid asistat se face prin prezentarea în faţa **procurorului districtual** a două acte:

• un chestionar lărgit completat şi

• raportul medicului legist.

Legea permisivă pentru euthanasie voluntară şi suicid asistat a trecut prin **Parlamentul olandez în 1995**, dar nu a dus la scoaterea articolelor 293 şi 294 din Codul Penal.

În 1996 s-a publicat un **studiu de follow-up** care a folosit metodologia **Comisiei Remmelink**, pe un eşantion de morţi din anul 1995.

Datele comparative arată după cum urmează:

Scanned with OKEN Scanner

	1990	1995
Număr total de decese (de toate cazurile)	128.786	135.546
Euthanasie activă voluntară	1,7%	2,4%
Suicid asistat de medic	0,2%	0,2%
Luarea vieţii fără cerea explicită a pacientului	0,8%	0,7%
Utilizarea opiaceelor în doze mari	18,8%	19,1%
Neînceperea/întreruperea trat. menţinere viaţă	17,9%	20,2%
Total pt. cele 5 situaţii	39,4%	42,6%

Dr. Roger Woodruff a atenţionat asupra creşterii practicii euthanasiei voluntare în 1995 faţă de 1991. Autorii studiului de urmărire i-au răspuns că acesta este un fenomen natural legat de câteva raţiuni:

- îmbătrânirea populaţiei Olandei,
- creşterea numărului de decese prin cancer,
- scăderea numărului de decese prin boli cardio vasculare,
- creşterea disponibilităţii de utilizare a tehnicilor de prelungire a vieţii,
- schimbări culturale şi de generaţie în atitudinea pacienţilor.

Se mai afirmă că multe acte de euthanasie nu erau încă raportate. Alte studii oficiale sugerează că în anul 1990 doar 18 % au fost raportate, iar în 1995 doar 41%. Cazurile neraportate sunt atribuite în general unei morţi naturale pe certificatul de deces care li se întocmeşte.

Există deja termenul de „**modelul olandez de euthanasie**", dar mulţi cercetători olandezi şi din alte ţări atrag atenţia asupra caracteristicilor specifice ale culturii olandeze şi sugerează că fiecare ţară trebuie să-şi găsească o soluţie adecvată, mai degrabă decât să importe întreg sistemul olandez.

Ministrul Olandez al Sănătăţii domna **Else Borst-Eilers** a afirmat în 1997:

*„Există situaţii în care modul cel mai potrivit de vindeca pacientul este să-l ajuţi să moară în pace, iar medicul care în asemenea situaţii îi dă curs cererii pacientului **acţionează cu excelenţă ca un vindecător.**"*

Profesorul **Paul J. van der Maas** a afirmat că **în absenţa asigurărilor de sănătate**, care sunt foarte bine puse la punct în Olanda – ţară cu situaţie economică foarte bună, ar fi absurd să permiţi practica euthanasiei, de frica faptului că s-ar face **presiuni asupra pacienţilor şi doctorilor pe raţiuni economice**.

Scanned with OKEN Scanner

Cetăţenii britanici care doresc să profite de legea din Olanda o pot face scriind la Secţia de presă şi cultură a Ambasadei Regale Olandeze din Londra. Ei vor primi nişte lămuriri scrise şi un formular intitulat „**Terminarea vieţii făcută de un medic**“ (Termination of Life by a Doctor).

Un autor din SUA, Ezekiel Emanuel, medic oncolog analizează în 1997 datele furnizate de Raportul Remmelink şi arată că, pentru clarificare, se impune efectuarea unei paralele, pentru a vedea cât de dificilă este o extrapolare a situaţiei din Olanda la cea din America:

- Oamenii din Olanda au o situaţie socială relativ asemănătoare între ei, pe când în SUA diferenţele sociale sunt dintre cele mai mari din lumea civilizată.
- Sistemul de asigurări sociale în Olanda este printre cele mai bune din lume, în vreme ce în S.UA. este încă perfectibil.
- În Olanda respectul oamenilor pentru lege este mult mai pregnant decât în SUA.
- În plus el subliniază că există şi acolo un pericol de pantă lunecoasă.
- Doar 32% dintre bolnavii care au solicitat euthanasie au făcut-o pe motivul durerii.
- În anul 1996, prin cele 3.600 de cazuri de euthanasie şi suicid asistat raportate, există **1.000 de situaţii de euthanasie involuntară**. Unii pacienţi care nu mai erau competenţi au primit medicaţia cu scop de euthanasie, deşi nu ceruseră în mod explicit şi repetat aceasta, ci îşi exprimaseră dorinţa doar o dată, fără să mai aibă timp să revină asupra ei.
- Analiza cazurilor de pacienţi îngrijiţi la domiciliu a arătat că în **doar 41% dintre cazuri au fost îndeplinite toate condiţiile formale impuse de lege**. Majoritatea abaterilor de la textul legii au fost minore, referindu-se doar la formularul de notificare. Totuşi, în 15% din cazuri - nu pacientul a iniţiat discuţia despre euthanasie sau suicid asistat, iar în 15% din cazuri – medicul nu s-a consultat cu alt medic. În 7% din cazuri între prima solicitare şi **trecerea la îndeplinire a actului de întrerupere a cursului vieţii nu a trecut decât o zi**. În 9% din cazuri s-ar fi putut încerca alte intervenţii decât euthanasie sau suicid asistat.
- Au fost făcute un număr neprecizat de **cazuri de euthanasie la noi născuţi**, categorisiţi ca având deficienţe puternic invalidante sau cu prognostic fatal, deşi ei nu erau pe moarte la momentul respectiv. Se pare că anual există 10 – 15 asemenea cazuri.

Scanned with OKEN Scanner

La sfârşitul lunii ianuarie 1997, Guvernul Olandez a dat publicităţii o propunere de **creştere a serviciilor de îngrijiri paliative,** prefigurând alte reglementări.

Pe 28 noiembrie 2000 este dată publicităţii în Olanda o propunere de amendare legislativă intitulată **Proceduri revizuite de terminare a vieţii la cerere şi de suicid asistat, de amendare a Codului Penal şi Actul pentru înmormântare şi incinerare** „Review procedures of termination of life on request and assisted suicide and amendment to the Penal Code (*Wetboek van Strafrecht*) and the Burial and Cremation Act (*Wet op de lijkbezorging*)" cunoscută sub numele de **Actul pentru terminarea vieţii la cerere şi suicid asistat – proceduri revizuite** (Termination of Life on Request and Assisted Suicide - Review Procedures - Act).

În aprilie 2001 **Legea practicării euthanasiei şi a suicidului asistat** este adoptată de Parlamentul Olandei, dar va intra în vigoare doar printr-un Decret al Reginei Beatrix spre finele anului.

Scanned with OKEN Scanner

SUICIDUL ASISTAT

Definirea noţiunii de suicid

Dicţionarul **Oxford** defineşte substantivul englez **suicide** ca:

1. Persoană care se omoară pe el însuşi în mod intenţionat.

2. Autodistrugere intenţională; ***to commit suicide*** *- a te ucide pe sine în mod intenţionat. Părţile cuvântului sunt de origine latină: pronumele reflexiv singular sui - pe sine şi forma verbală* ***cidium*** *din verbul a ucide.*

Dicţionarul **Random House Webster's** defineşte substantivul ca:

1. Persoană care îşi ia viaţa în mod intenţionat.

2. Luarea intenţionată a propriei vieţi a cuiva; ***to commit suicide*** *- a te ucide de unul singur.*

Dicţionarul limbii române moderne defineşte substantivul **sinucidere** - *acţiunea de a se sinucide; suprimare a propriei vieţi.*

Dicţionarul de neologisme defineşte substantivul **sinucidere** - *acţiunea de a se sinucide şi rezultatul ei; suprimare a propriei vieţi; suicid.*

Pentru raţiuni didactice şi de specialitate în medicina legală şi psihiatrie se fac precizări suplimentare la termenul **sinucidere** care se utilizează tot mai mult sub forma **suicid**, considerat de **Dicţionarul de neologisme** ca franţuzism.

Definirea termenului este făcută astfel:

Faptul de luare a vieţii personale de către un subiect, care nu este atins de o afecţiune care îl condamnă inexorabil la moarte, independent de voinţa sa.

Precizările sunt făcute tocmai pentru a discerne situaţiile de suicid al celui care este deja condamnat de soartă.

Sinuciderea (suicidul) e considerat(ă) în general a fi *expresia unei stări mintale patologice, în mod obişnuit depresive*. Un studiu britanic din 1974, care cuprindea interviuri lărgite şi analiza foilor de observaţie, a stabilit că cei care supravieţuiseră unei tentative suicidare erau bolnavi mintali la momentul gestului. Un alt studiu făcut la St. Louis în 1984, a găsit tulburări mintale la 94% din cei cu tentativă de suicid. Majoritatea lor procedează aşa ca într-un strigăt subconştient pentru ajutor, şi nu după o deliberare calculată că moartea ar fi de preferat vieţii.

Scanned with OKEN Scanner

Psihologul **Joseph Richman**, suicidolog clinician şi psiho-terapeut a afirmat însă în „**Jurnalul de suicid şi comportament ameninţător pentru viaţă**" că:

„Am fost impresionat că acei cu tendinţe suicidare sunt deosebiţi faţă de fiecare altul, incluzând şi pe cei care aleg ***suicidul raţional****".*

Astăzi există un formular de **chestionar** intitulat **DR. SCISORS** (Death Readiness: Short Clinical Indicator Scale Of Rational Suicide), cuvântul **scisors** însemnând în limba engleză **foarfece**. Acesta este folosit de clinicieni pentru a diferenţia sinuciderea raţională de cea iraţională.

Oricum **persoanele sănătoase** cu tentative suicidare trebuie ajutate să-şi rezolve problemele, şi nu să fie susţinute în tentativa lor auto-litică.

În cazul persoanelor ce suferă de **afecţiuni cronice şi ireversibile cu prognostic fatal**, uneori sinuciderea poate apare ca o **autoeliberare** (self deliverance). Fac excepţie tentativele suicidare reacţionale sau suicidul din psihozele depresive sau paranoide.

Distincţia între **sinuciderea obişnuită** şi **apelarea la euthanasia voluntară** este dată de **prezenţa unei afecţiuni incurabile şi /sau evolutive letal**.

Chiar medicul olandez **Pieter Admiraal**, liderul mişcării de succes pentru legalizarea euthanasiei în Olanda, a afirmat public că **durerea nu este niciodată o justificare adecvată pentru suicid**, în lumina tehnicilor medicale care pot duce la managementul durerii în aproape toate cazurile.

Dorinţa de a trăi este, însă, compatibilă cu **cererea de a primi o moarte uşoară**. De exemplu, un tânăr adult bolnav de SIDA ar dori să trăiască, dar nu poate suporta ideea decăderii fizice şi mintale pe care l-ar produce boala, posibil cu destul timp înainte de a muri. Astfel, el poate hotărî să devanseze momentul morţii, scăpând de această perioadă.

Scurt istoric al atitudinii faţă de suicid

Printre poruncile moralei religioase, **porunca de a-ţi păstra viaţa** s-a bucurat de o autoritate necontestată. De aceea sinuciderea nu putea fi considerată decât un **act nedemn**, ca o **vină a omului faţă de Dumnezeu**. În unele state din Germania medievală sinucisul era legat de un cal cu capul în jos şi târât în afara oraşului.

Scanned with OKEN Scanner

Tradiţia creştină în legătură cu toate formele de suicid a fost bine documentată de **Sfântul Tomas D'Aquino** (circa 1225-1274). El a condamnat suicidul pe trei principii deoarece:

- *Viaţa este un dar de la Dumnezeu şi numai Dumnezeu o poate lua.*
- *Suicidul violează dorinţa naturală de a trăi.*
- *Suicidul lezează şi alte persoane.*

Dante Aligheri (1265-1321) în „Divina comedie" afirma că: *„Sinucisul trebuie să suporte toate chinurile infernului".*

Michel de Montaigne (1533-1592), scriitor francez, fost primar al oraşului Bordeaux, care a publicat în 1580 un grup de **„Eseuri"** în care se vede o înţelepciune când stoică, când sceptică refuză aceste idei. El a scris cinci eseuri care abordau subiectul suicidului, afirmând că:

- *Suicidul trebuie considerat o problemă de **opţiune personală.***
- *Suicidul reprezintă o opţiune **raţională** în unele circumstanţe.*

Laicizarea valorilor nu a rupt tradiţia de condamnare a sinuciderii, ci doar a schimbat motivul acestei condamnări. Deoarece **datoria faţă de sine şi faţă de societate** obliga omul să-şi respecte propria viaţă, sinuciderea s-a transformat din vina faţă de Divinitate în **crimă socială** şi **vină morală faţă de sine însuşi.**

Ludovic al XIV-lea (1638–1715) considera sinuciderea ca un act de „lèse majesté", de aceea refuza înmormântarea sinucigaţilor.

Matei Basarab scria în pravila sa din 1652, că:

„Acela care-şi va face moartea de voie, pe acela să nu-l slujească nici să nu-l pomenească nimeni, căci şi-a dat sufletul satanei".

Jean-Jaques Rousseau (1712-1778) filosoful din Geneva de expresie franceză, cu o biografie care include şi vagabondajul, cel care şi-a abandonat proprii 5 copii la Casa de copii găsiţi, cel care a participat la redactarea unor articole din marea „Enciclopedie", cel care pleda pentru democraţie în „Contractul social" a categorisit suicidul ca:

„O moarte hoţească şi ruşinoasă... un furt în dauna speciei umane".

Immanuel Kant (1724-1804) filosoful german care şi-a dedicat viaţa cunoaşterii şi învăţării altora ca profesor la Universitatea din Königsberg a adus argumente convingătoare împotriva rarelor cazuri de „suicid raţional" în eseul său **„Lecturi despre etică"**. Ideile sale sunt următoarele:

- *Suicidul este absolut incompatibil cu respectul pentru umanitatea cuiva, prin auto-considerarea doar în calitate de „intenţie teleologică" pentru a evita durerea sau suferinţa.*

Scanned with OKEN Scanner

• *Suicidul este contradictoriu în sine, prin aceea că puterea voinţei libere (dreptul de a alege) este folosită pentru auto distrugere.*

• *Suicidul degradează valoarea umană aducând-o la nivelul celei animalice sau chiar mai prejos.*

• *Suicidul este contrar celei mai înalte datorii a fiinţei umane faţă de sine însăşi - respectul de sine ca persoană.*

Auguste Comte (1798-1857), filosoful francez care a fondat şcoala pozitivistă, considerând că spiritul uman (fie el al unui individ sau al unei civilizaţii) trece în mod necesar din stadiul teologic în stadiul metafizic pentru a se ridica apoi la stadiul pozitiv, vedea pe sinucigaş ca lipsit de moralitate, deoarece:

„La vârsta pozitivă nu există decât o maximă absolută, adică nu există nimic absolut".

Emile Durkheim (1858-1917), sociologul francez influenţat de pozitivism, care a definit obiectul şi metodele sociologiei, a scris o lucrare magistrală intitulată chiar „**Le Suicide**" (1897), unde din punct de vedere social, actul suicidului era văzut ca un *act imoral:*

„Starea de perturbare profundă de care suferă societatea civilizată este probată de numărul excepţional de ridicat al sinuciderilor, ceea ce îi atestă şi gravitatea. Am putea spune că ea îi dă şi măsura. Nu putem ilumina acest curent de tristeţe colectivă decât atenuând maladia colectivă îi este rezultantă şi semn."

Se înţelege deci că **autoconservarea** era privită ca o **datorie absolută faţă de sine şi faţă de societate.**

Religia catolică interzicea cu desăvârşire înmormântarea rituală şi ajutorarea materială şi morală a celor care au comis un act autolitic sau a rudelor acestora. Reminiscenţe de acest gen au existat până aproape de zilele noastre, suicidul fiind privit ca o ofensă criminală, ca un păcat eclesiastic, deşi **aceşti tentatori mai curând aveau nevoie de ajutor decât de pedepse**. Morala creştină care îl priva pe sinucigaş de asistenţă religioasă n-a fost totuşi în stare să înlăture actele de auto-suprimare.

Moraliştii **secolului XX** însă, **au disociat suicidul de ideea de vină**, el fiind perceput doar ca o **dramă psihologică** şi ca o **tragedie intimă.** Deoarece actul de auto-liză nu mai înseamnă o abdicare de la o obligaţie morală şi nu mai suscită blamul colectiv, suicidul este perceput doar ca o nenorocire personală generând mai curând compasiune şi întrebări asupra motivaţiei, decât dezaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

Khalil Gibran (1883-1931), poet mistic şi pictor libanez, care a fondat la New York o societate literară de limbă arabă a scris în monumentalul său poem „**Profetul**":

„Ţi-ai dori să cunoşti secretul morţii. Dar cum ai să-l afli, dacă nu scotoceşti în inima vieţii? Pentru că viaţa şi moartea sunt una, cum deopotrivă sunt râul cu marea".

Situaţia din contemporaneitate

Acum, când dispunem de atâtea facilităţi farmacologice şi tehnologii moderne greu de imaginat până mai ieri (antalgice, antibiotice, aparatură etc.) **suferinţa fizică a început să fie considerată intolerabilă şi injustă.**

De aceea, prin **extinderea drepturilor subiective** colectivitatea justifică uneori dreptul individului de a-şi grăbi moartea prin **dreptul lui de a nu suferi**. Datoria de a ne păstra viaţa a fost înlocuită cu **dreptul de a fi stăpân pe propria viaţă.** Fiecăruia i se recunoaşte **dreptul la autonomie**, iar sinuciderea nu mai este considerată delict de mult în multe state.

Majoritatea statelor promovează însă, măsuri de protecţie şi măsuri de interdicţie legitime, prin care societatea se străduieşte să-i **împiedice să se auto-distrugă** pe membrii ei.

Cu toate acestea, un număr tot mai mare de cetăţeni din diverse locuri ale lumii cer **legitimarea suicidului asistat medical** în numele **demnităţii umane**. Ei consideră că, deoarece fiecare fiinţă umană are un interes legitim în cea ce priveşte propria sa moarte şi maniera sa de a muri, suicidul asistat medical reprezintă un **ultim act de eliberare** al omului care refuză spectacolul decăderii şi degradării propriei persoane.

Oponenţi îndârjiţi din grupurile **pro-life (pentru viaţă)** spun că este vorba de „**omorul iniţiat de medic**" şi nu de suicidul asistat de medic. Ei au adus **spectrul sumbru** că o lege permisivă *ar permite unor bande itinerante de birocraţi să viziteze casele de sănătate şi să decidă care dintre cei internaţi merită să trăiască şi care merită să moară. În urma deciziei lor ar fi omorâţi toţi cei care nu merită să trăiască.*

Unele grupuri **pro-choice (pentru opţiune)** care susţin **dreptul la alegere** (right to choose) au încercat să prezinte cazuri oribile de bolnavi terminali, suferind teribil de dureri intratabile, deşi asemenea cazuri nu reprezintă norma generală.

Societăţile din **Scoţia** şi **S.UA.** care militează pentru **dreptul de a muri** au făcut eforturi financiare pentru a publica **Ghiduri de auto-eliberare** (self-deliverance) răsplătite uneori de un succes de vânzare neaşteptat.

Scanned with OKEN Scanner

În 1980, Societatea **Scottish Exit**, actualmente **Societatea Scoţiană pentru Euthanasie Voluntară (Voluntary Euthanasia Society of Scotland -VESS)** publică - **„Cum să mori cu demnitate" (How to Die With Dignity)** - primul **Ghid pentru sinucidere** din lume. Cartea nu s-a distribuit prin librării ci doar prin comandă personală la poştă sau la televiziune.

În 1981, **Societatea Hemlock** publică - **„Lăsaţi-mă să mor înainte să mă trezesc" (Let Me Die Before I Wake)**, primul **Ghid pentru sinucidere** vândut liber în librării.

În 1991, **Societatea Hemlock** publică - **„Ieşirea finală: Sfaturi practice pentru auto-eliberare şi suicid asistat pentru a muri" (Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for Dying)**. Considerată un best-seller - în mai puţin de un an şi jumătate s-au vândut peste 540.000 de exemplare - **Final Exit** a fost tradusă în alte 12 limbi, iar vânzările totale au depăşit un milion de exemplare.

În 1993, **Voluntary Euthanasia Society of Scotland - VESS** a republicat primul **Ghid de auto-liză** (How to Die With Dignity), adăugînd la acesta un **supliment** intitulat **„Medicamente pentru trecerea în lumea cealaltă"** (Departing Drugs). Suplimentul a fost elaborat pe baza unor cercetări ştiinţifice internaţionale (International Drugs Consensus Working Party), fiind retipărit în câteva limbi de circulaţie mondială. Fiind concepute ca o instituţie non - profit, încercând să respecte normele etice generale, aceste publicaţii nu erau disponibile pentru marele public şi pentru minori, ci doar prin comandă cu livrare la domiciliu făcută prin poştă, televiziune sau WEB-Internet.

În 1995, **Societatea Scoţiană de Euthanasie Voluntară (VESS)** publică un **ultim Ghid de auto-eliberare** intitulat **„Dincolo de ieşirea finală"** (Beyond Final Exit), actualizat conform ultimelor cercetări în domeniu. Bazat pe sute de referinţe şi relatări, ghidul conţine rezultatele muncii unor cercetători din întreaga lume, oferind cunoştinţe verificate în practică şi fapte în metodele de sinucidere. Ghidul nu se poate cumpăra din librării, ci se procură prin comandă poştală sau pe Internet din Europa, dar mai greu în SUA şi Canada.

În 1991, Buletinul Institutului de Medicină Legală din Pittsburg, intitulat **„Bisturiu şi condei"**, propune ca temă de meditaţie următorul **discurs**:

„Nu mi-e teamă de moarte, dar mi-e teamă de boală, de ceea ce poate să facă ea cu mine. Nu pot s-o înving, sunt din ce în ce mai bolnav. Nu există vreo alinare pentru ea acum. Nimic, doar sila, şi

Scanned with OKEN Scanner

durerea... Cui îi foloseşte dacă eu mor încet? Sunt între viaţă şi moarte şi nu doresc să rămân câtuşi de puţin în această stare. Nu văd de ce nu aş părăsi-o". („Ultima dorinţă").

Definirea termenului de suicid asistat faţă de formele de euthanasie

Suicidul asistat se realizează în situaţia în care *se pun la dispoziţie* ***informaţii şi mijloace*** *de provocare a sinuciderii* (medicamente letale, gaz de monoxid de carbon, armă de foc, maşină de sinucis) *unei persoane care îşi va putea lua viaţa cu uşurinţă, fără alt sprijin.*

Doar în Franţa este ilegală punerea la dispoziţie de informaţii pentru a se sinucide. „A asista", în sensul de a fi de faţă la locul respectiv fără să faci ceva, poate fi considerat ilegal în unele ţări ale lumii. Controversele apar în situaţia în care „a asista" înseamnă să furnizezi în mod direct mijloacele de sinucidere.

Prin practică accepţiunea termenului s-a lărgit în sensul includerii chiar a administrării substanţei letale de către medic la pacientul care se chinuie - un fel de euthanasie.

Suicidul asistat poate fi definit ca un tip de **euthanasie voluntară mixtă (activă şi pasivă)**, deşi unii îl citează doar ca **voluntary passive euthanasia** – prescurtat **VPE.**

Suicidul asistat este o **practică legală** în Elveţia, Olanda, Statul Oregon din SUA şi a fost pentru o perioadă în Teritoriul de Nord din Australia.

Suicidul asistat de medic

În general în practica suicidului asistat - **medicul** prescrie medicaţia care va determina moartea şi asistă pacientul în intenţia sa de a-şi pune capăt vieţii. Din această cauză se foloseşte termenul de **physician assisted suicide**, care fiind deja consacrat este citat prin prescurtarea sa – **PAS** – pe majoritatea site-urilor de pe WEB-INTERNET.

Din nefericire, atât partizanii suicidului asistat cît şi inamicii lor înverşunaţi au recurs la diverse **tactici de intimidare**, dar din păcate acestea pot servi doar pe scurte perioade la modificarea atitudinii publicului.

Acest fenomen care a intrat în realitatea zilnică a diverşilor activişti sociali este şi subiect de dezbateri academice în SUA. Practica lui, implementată în mod legal în statul Oregon, stârneşte dorinţa de

Scanned with OKEN Scanner

a o adopta şi unor cetăţeni din alte state americane, unde pe moment există o interdicţie prin lege. În 37 de state, interdicţia este prevăzută prin statuări exprese ale legii, iar în alte opt state este prohibită conform legilor de drept comun sau după statuările asupra omorului.

În 26 de state americane au fost introduse proiecte de legi asupra suicidului asistat în 1997 şi 1998, care au fost respinse. Locuitorii din statele Michigan şi Washington au respins iniţiativele de votare a unor legi care doreau să legalizeze suicidul asistat, iar în Michigan, Viginia, Carolina de Sud, Iowa şi Rhode Island s-au introdus noi oprelişti asupra acestuia. Deoarece *Curtea Supremă a S.UA. a decis că nu există un drept constituţional la suicid asistat*, statele sunt libere să îl condamne, fiecare în parte. În acelaşi timp, însă, ele sunt libere să îl permită, aşa cum a făcut statul Oregon.

Nivelul inadecvat de îngrijire medicală al muribunzilor **şi de** ameliorare a calităţii vieţii a celor cu boli grav invalidante **care nu sunt muribunzi face ca** problema legalizării să rămână în atenţia **medicilor, juriştilor, moraliştilor, a presei şi a publicului larg.** Juriul din Michigan, care l-a găsit vinovat de omor pe Dr. Jack Kevorkian **a respins pledoaria lui în care se apăra singur şi** dorea să şteargă linia dintre suicid asistat şi euthanasie. **În ciuda acestei hotărâri judecătoreşti, el are un sprijin public considerabil, iar** eforturile pentru legalizarea suicidului asistat continuă sub o organizare foarte bună. **Politica naţională şi agenda legislativă americană au fost preocupate cu** Pain Relief Promotion Act **(Actul de Promovare al Uşurării Durerii) din 1999, iar medicii au trăit momente cruciale fiind în mijlocul dezbaterilor.**

În 1997, Centrul de Bioetică al universităţii din Pennsylvania a adunat un Colectiv multi-disciplinar de experţi naţionali în materie de suicid asistat. Membrii lui erau medici de spitale şi de ospicii pentru medicină paliativă, surori medicale, psihologi, avocaţi, membrii ai asociaţiilor de pacienţi, clerici şi bioeticieni. În mod deliberat compoziţia a fost eterogenă, opunându-se diferite puncte de vedere, atât pro cât şi contra. Discuţiile au plecat de la premisa legalizării suicidului asistat, aşa cum s-a şi întâmplat în Oregon câteva luni mai târziu, în vederea aflării unei căi de urmat pentru cei care ar dori să beneficieze de o asemenea prevedere legală. Membrii colectivului au dorit să stabilească şi nişte limite de garantare că suicidul asistat medical va fi mereu voluntar, bine reglementat şi de ultimă opţiune.

Scanned with OKEN Scanner

La Universitatea din Pennsylvania a fost imaginat proiectul Finding Common Ground („Găsirea unei baze comune") care a stabilit un Assisted Suicide Consensus Panel (Colectiv de Consens pentru Suicidul Asistat), căruia i s-au pus în faţă următoarele întrebări:

- *Ce este suicidul asistat?*
- *Este diferit suicidul asistat de medic de refuzul tratamentului?*
- *Care ar fi alternativele la acesta?*
- *Cât de folositoare sunt îndrumările disponibile în mod curent asupra suicidului asistat?*
- *Suicid asistat înseamnă în mod necesar suicid asistat de medic?*
- *Poate fi suicidul asistat reglementat în mod semnificativ şi eficient?*
- *Când trebuie să recurgem la tratamente paliative de ultimă resursă?*
- *Cum trebuie să răspundă medicii la solicitările pacienţilor de a fi ajutaţi să moară?*

Membrii colectivului nu au fost de acord în toate privinţele, datorită punctelor de vedere diferite, dar s-au găsit multe elemente de consens.

Conform legii din Oregon, cetăţenii rezidenţi acolo care sunt bolnavi de o boală terminală, capabili din punct de vedere mintal, pot primi o reţetă de la un medic, prin care să-şi procure o doză letală de medicament, după ce au făcut numeroase cereri scrise şi verbale într-o anumită perioadă de timp şi au urmat anume proceduri.

Medicii care asistă pe aceşti pacienţi trebuie să îndeplinească la rândul lor o lungă listă de condiţii. După un an de la punerea în vigoare a legii au fost făcute publice consecinţele practice - numărul şi vârstele celor care au beneficiat de ea, bolile şi motivaţiile pentru căutarea acestui sfârşit. Se pare că frica de durere a fost mai puţin un motiv faţă de grija de a nu-şi pierde autonomia şi controlul.

Susţinătorii legii arată că lumea nu s-a înghesuit să profite de lege şi că legea nu a fost aplică în mod abuziv.

Oponenţii legii suspectează că nu toate cazurile au fost raportate. Totodată ei scot în evidenţă că nu motivele invocate în textul legii – durerea şi suferinţa – au fost cele care au dus la solicitarea acestei practici.

În anul 2000, luna martie, concluziile au fost date publicităţii. Ca urmare a dezbaterilor şi deliberărilor colectivului, au fost prezentate cinci documente.

Scanned with OKEN Scanner

În primul material, una din concluziile grupului de lucru a fost: „Asistarea de către medic nu este suficientă pentru a garanta că suicidul asistat este restrâns la cazurile adecvate şi că se desfăşoară într-o manieră corespunzătoare."

Deşi medicii sunt absolut necesari pentru diagnosticul bolii terminale, pentru prescrierea medicaţiei şi completarea certificatului de deces, competenţa lor este limitată în ceea ce priveşte celelalte sarcini cum ar fi: direcţionarea coerciţiei, problemele spirituale şi observarea şi ţinerea sub control a simptomatologiei. Aceste pot fi mai bine stăpânite de surori, activişti sociali, clerici sau alţi sfătuitori spirituali.

Barbara Coombs Lee, director executiv al Federaţiei „Compasiune pentru cei ce mor" din Portland, statul Oregon afirmă că este imposibil de realizat un asemenea lucru când ajutorul pentru moarte este ilegal. Ea susţine:

„După mine acesta este unul din argumentele principale pentru legalizare. În loc să fim ascunşi şi secretoşi, am putea fi deschişi şi primitori, aducând situaţiile de solicitare în faţa ***celor mai luminate minţi*** *şi procedând* ***cu tot atâta precauţii*** *aşa cum facem în alte situaţii de decizii de terminare a vieţii, cum ar fi cele de debranşare a oamenilor de pe ventilatoare, administrare de sedare terminală sau întreruperea hidratării şi hrănirii artificiale."*

În cel de la doilea material al consensului autorii conchid că:

„Legalizarea, implică ***responsabilităţi suplimentare pentru medici****, indiferent de opiniilor asupra suicidului asistat."*

Doctorul James Tulsky, profesor asociat de medicină la Centrul Medical al Universităţii Duke din Durham, afirmă că:

„Obligaţia de răspunde unui persoane absolut disperate, care îţi solicită un asemenea lucru ***nu trebuie tradusă într-o obligaţie de a asista un pacient muribund****, nici de a-i face recomandări pentru suicid asistat."*

„Capacitatea de a vorbi despre această soluţie creşte şi mai mult intimitatea relaţiei".

În cel de al treilea material, Dr. Arthur Caplan de la Centrul de Bioetică al universităţii din Pennsylvania afirmă că principiile de îndrumare sunt necesare, dar că cele aflate în vigoare nu sunt suficiente:

„În ceea ce priveşte protecţia în faţa legii, ele sunt destul de bune, dar ele nu precizează nimic despre cum să faci acest lucru în mod uman".

Scanned with OKEN Scanner

Originea acestei probleme constă pe de o parte în faptul că principiile tind să fie scrise de cei care susţin asistenţa pentru a muri, iar pe de altă parte că ele se focalizează mai ales pe rolul medicului, decât pe realitatea bolii, pe suferinţa şi moartea pacientului şi suferinţa încercată de familia acestuia.

Al patrulea material explorează alternativele disponibile celor bolnavi în stare terminală. Concluzia a fost că toţi clinicienii trebuie să pună în practică standardele de management ale durerii şi de întrerupere a mijloacelor de susţinere a vieţii. Sedarea terminală şi întreruperii hidratării şi alimentării, deşi legale, reprezintă opţiuni excepţionale, care trebuie luate în consideraţie numai dacă nu există alternative acceptabile.

Al cincilea material explorează diferenţele între suicidul asistat şi opţiunile extraordinare – sedarea terminală şi întreruperea hidratării şi alimentării.

Lois Snyder, jurist la Centrul de Bioetică al universităţii din Pennsylvania afirmă că:

*„Noi suntem de părere că **diferenţa** în **cauzalitate** sau în **argumentele care justifică intenţia medicului nu este suficient de semnificativă** ca să reprezinte un motiv de delimitare".*

„Noi ne-am centrat atenţia pe argumentul integrităţii corporale, mai degrabă. În suicidul asistat vorbim despre a face ceva în mod activ, deci invers faţă de evitarea unei invazii nedorite a corpului."

Ne aşteptăm la noi precizări în ceea ce priveşte directivele de îndrumare pentru cei ce participă suicidul asistat de medic, de o parte sau de alta, în caz că această practică va fi extinsă odată cu legalizarea ei în mai multe ţări.

Scanned with OKEN Scanner

Purtătorul de drapel al luptei pentru legitimarea suicidului asistat medical

Iniţiatorul a mai multe metode de suicid asistat este Dr. Jack Kevorkian, medic de origine armeană, care a lucrat ca anatomo-patolog în statul Michigan din S.UA..

Pentru a-i recunoaşte întâietatea absolută, un autor (Martin Levin, 1996) a sugerat folosirea verbului ***„to kevork" - a kevorka*** pentru orice acţiune de acest tip.

Dr. Jack Kevorkian alegea dintre bolnavii incurabili care apelau la el pe cei care îndeplineau **zece criterii,** stabilite şi verificate de el în timp. Acestora le oferea mijloace ca ei să-şi ia singuri viaţa, considerând important ca ultima decizie să aparţină bolnavului. El şi-a justificat mereu atitudinea, invocând **autonomia** şi **dreptul de a muri** al individului.

Câteva lucruri din viaţa şi activitatea lui ar putea fi sugestive pentru **definirea personalităţii lui Jack Kevorkian.** El provine din-tr-o pereche de armeni refugiaţi, fiecare în parte fiind supravieţuitori ai genocidului anti-armenesc din anul 1915. S-a născut pe 26 mai 1928, în oraşul Pontiac din Statul Michigan. Numele lui de copil era Murad. Tatăl lui avea o antrepriză de construcţii şi le-a oferit lui şi celor două surori ale lui o existenţă fără griji materiale.

Fiind foarte patriot şi entuziast, Jack a studiat în perioada liceului limbile germană şi japoneză, crezând că îşi va putea folosi aceste atribute ca ofiţer de contraspionaj în Cel de Al Doilea Război Mondial. Deoarece războiul s-a terminat înainte ca să-şi fi luat bacalaureatul, el a studiat medicina la Universitatea din Michigan, absolvind în 1952.

În timpul războiului din Coreea el a luptat pe front 15 luni.

În autobiografia lui, publicată în 1994, el declară că atunci când a văzut o femeie agonizând din cauza unui cancer a început să creadă că:

„Euthanasia sau suicidul asistat de medic au fost şi sunt întotdeauna etice, indiferent de ce ar spune cineva".

Fără ca cineva să nege o anumită doză de altruism în ceea ce face Kevorkian, unii ar putea sesiza un anume interes bizar şi morbid pentru moarte şi cei abia decedaţi. Fascinaţia lui stranie faţă de circumstanţele morţii îl urmăreşte de mult.

Scanned with OKEN Scanner

Încă de la începutul carierei lui de anatomo-patolog în anul 1956, când era rezident la Detroit Receiving Hospital, Doctorul Kevorkian a fost poreclit „**Dr. Death**" (Doctorul Moarte), deoarece **făcea fotografii ale retinei bolnavilor în momentul morţii** acestora. Când el îşi instala aparatul de fotografiat şi începea aşteptarea, îşi denumea activitatea „garda de moarte".

În 1959, la o întâlnire a **Asociaţiei Americane pentru Avansul Ştiinţei**, Kevorkian a comunicat o idee ştiinţifică în care sugera anestezierea condamnaţilor la moarte înainte de momentul execuţiei, pentru a permite ca părţi din corpul lor să poată fi folosite pentru „valoroase experimente ştiinţifice". În spijinul acestei idei, el a depus mărturie în faţa unui comitet judiciar reunit în oraşul Columbus din statul Ohio.

Un armean prieten de-al lui povesteşte că încă de atunci el s-ar fi gândit la **utilitatea folosirii unei injecţii letale pentru execuţia condamnaţilor**.

Unul din cei mai apropiaţi oameni ai lui Kevorkian este **Neal Nicol** un tehnician medical, partenerul lui de golf de aproape 40 de ani, cel care i-a filmat o serie de cazuri şi i-a procurat monoxid de carbon. El povesteşte că în anii '60 i-a servit lui Kevorkian drept cobai uman, lăsându-se inoculat cu sânge provenit de la un cadavru uman proaspăt. Acel experiment a dovedit că sângele unei persoane decedate poate fi folosit pentru salvarea unei vieţi în caz de urgenţă.

Kevorkian are şi o **operă plastică** nu prea amplă, dar plină de semnificaţii şi sugestii morbide, ce datează din anii '60. Ilustraţiile acestei cărţi sunt picturile lui în ulei, din cele 15 expuse în 1995 la o un eveniment de gală ce avut loc la Royal Oak, unde au fost prezenţi sute dintre susţinătorii lui. El încercă să-şi exteriorizeze în mod artistic, deşi sumbru, anumite trăiri, poate refulate într-o anumită perioadă. Reportera **Lisa Pollak** de la revista „**Sun**", care a participat la vernisaj a reuşit să-i ia un interviu în care Kevorkian spunea:

„Eu nu mă consider un artist ci un desenator în ulei. Eu numesc tablourile mele filosofie picturală şi nu artă. Tehnic vorbind, nu e cine ştie ce artă, dar păstrând limitele, eu mă mândresc cu ea".

„Eu culeg subiecte considerate în general neplăcute, pentru că ele sunt toate părţi din viaţa asupra căreia noi ar trebui să privim şi să cugetăm. Eu pictez lucrurile aşa cum sunt, şi nu cum cred eu că ar trebui să fie".

Scanned with OKEN Scanner

Într-una din lucrările sale intitulate „Genocid" soldaţi turci şi germani ţin de păr un cap retezat. Kevorkian i-a spus Lisei Pollak că pictura descrie ororile războiului. Ea a încercat să explice ulterior:

„Pentru Kevorkian, a cărui familie era armeană, pictura reprezintă atât persecuţia evreilor de către nazişti cât şi a armenilor de către turci. Pentru a colora încadrarea de sârmă ghimpată a tabloului, Kevorkian a folosit propriul său sânge".

Geoffrey Feiger, avocatul care i-a obţinut achitarea în câteva procese, care i-a servit de purtător de cuvânt şi confident, descrie aceste lucrări artistice ca pe un *„comentariu social menit să dureze în timp"*.

Dr. Jack Kevorkian, supranumit de mas-media şi de admiratorii săi - **„Doctorul Sinucidere"**, iar de detractorii săi - **„Doctorul Moarte"**, a practicat ca **anatomo-patolog** (pathologist) lucrând practic cu produse patologice, cu cadavre sau organe umane şi mai puţin cu oameni vii.

El a avut curajul să iniţieze primele **măsuri practice necesare medicului ce asistă activ euthanasia**. Astăzi, deşi trecut 70de ani, înarmat cu un dezvoltat simţ al dreptăţii, şarmant şi încăpăţînat el este un zelos cu o credinţă absolută în cauza sa, care nu se teme de propria moarte, deşi este în recluziune de peste doi ani.

În anul 1989, când a auzit de cazul lui **David Rivlin**, el nu mai era deja în activitate, având 61 de ani. Unii spun că era **pensionar** (retired), dar ceilalţi pretind că i s-ar fi retras dreptul de practică, fiind **mazilit** (defrocked).

David era un bărbat de 37 de ani care fusese deosebit de grav rănit într-un accident de surfing şi tânjea să moară. Kevorkian a imaginat o **„maşină de sinucis"** care i-ar permite individului să-şi administreze singur o doză lichidă de medicament letal, dar suferindul a murit înainte ca el să fi terminat dispozitivul.

El a prezentat această „maşină" pe care ulterior a perfecţionat-o, într-o serie de interviuri acordate unor ziare, cu ocazia unei călătorii pe care a făcut-o prin S.UA. în toamna anului 1989. Originalul dispozitiv constă într-un suport de care sunt suspendate 3 feluri de flacoane: unul cu soluţie salină izotonă, unul cu thiopental şi unul cu clorură de potasiu. Din fiecare flacon porneşte un tub, toate trei fiind conectate la un dispozitiv intravenos.

Brian Dickerson, un ziarist de la **Detroit Free Press** care urmăreşte activitatea lui Kevorkian de aproape zece ani a declarat că:

„Nimeni nu l-a luat în serios până nu a făcut-o cu adevărat".

Scanned with OKEN Scanner

Kevorkian a făcut vâlvă pentru prima dată în ***Cazul bolnavei Janet Adkins***, membră a **Societăţii Hemlock**, asistată cu această maşină la **4 iunie 1990.**

Doamna Adkins din Portland, statul Oregon, *suferea de boala lui Alzheimer, dar era încă în deplinătatea facultăţilor mintale şi încercase chiar un tratament experimental pentru aceasta.*

După declaraţiile coordonatorului Societăţii Hemlock din statul Oregon „ea avea o filosofie a vieţii stabilă, voluntară, bine întemeiată, care includea şi opţiunea de a cere ajutorul unui medic pentru a muri în cazul unei boli terminale sau ca aceea a lui Alzheimer. Scopul ei era să moară înainte ca să-şi fi pierdut minţile şi să înnebunească, ceea ce ar fi făcut-o, după opinia sa, o non - persoană".

Doamna Adkins a auzit de dr. Kevorkian datorită publicităţii pe care acesta şi-a făcut-o în cursul prezentării maşinii de „auto-execuţie". Însoţită de soţul său, de cel mai bun prieten al lor şi de preotul confesor, doamna Adkins a plecat la Michigan pentru a se întâlni cu dr. Kevorkian, iar el s-a însărcinat să o ajute.

După o discuţie despre boala solicitantei, despre dorinţele ei, au fost stabilite detaliile „morţii demne". Datorită costurilor ridicate la moteluri şi casele de funeralii, locul în care urma să aibă loc „moartea demnă" a fost chiar maşina medicului.

Dr. Kevorkian a legat-o pe doamna Adkins la un electrocardiograf pentru a-i monitoriza activitatea cardiacă şi i-a instalat o perfuzie intravenoasă cu soluţie salină izotonică. Când doamna Adkins şi-a exprimat dorinţa, el a oprit soluţia salină care a fost înlocuită cu thiopentalul care i-a indus starea de inconştienţă. Un moment mai târziu „maşina" a oprit soluţia de thiopental şi a înlocuit-o cu clorura de potasiu, eliberând-o pe Janet Adkins de o boală oribilă şi îndeplinindu-i ultima dorinţă - o moarte demnă şi lipsită de durere.

Întâmplarea respectivă a stârnit o mare preocupare profesională şi publică, iar imediat s-au făcut auzite o serie de **opinii** care sugerau:

- antecedentele atipice ale activităţii lui Kevorkian (aşa-zisele preocupări morbide),
- datorită bolii lui Alzheimer, bolnava ar fi suferit de o *deteriorare cognitivă progresivă*, aflându-se în imposibilitatea de a primi informaţii şi de a-şi da consimţământul;
- starea de sănătate fizică excelentă a Doamnei Adkins (doar cu o săptămână înainte de a se sinucide, bolnava şi-a învins fiul într-o partidă de tenis), dacă nu punem la socoteală starea de depresie determinată de boală.

Scanned with OKEN Scanner

- scurta perioadă de când se cunoşteau,
- lipsa oricărei proceduri care să dea acurateţea diagnosticului

şi să evalueze capacitate ei de a lua această decizie.

Dr. Kevorkian a fost ***adus în faţa instanţei*** *pentru că a asistat la moartea Janetei Adkins, iar maşina sa de sinucis a fost confiscată. Tribunalul a emis restricţii temporare în ceea ce priveşte folosirea ei.* ***„Doctorul asasin"*** *s-a apărat invocând dreptul individului de a decide potrivit conştiinţei sale. El declara că obiectivul său este „să facă din euthanasie o experienţă pozitivă" şi să determine profesia medicală să accepte în cadrul responsabilităţilor sale „asistarea pacienţilor la moarte".*

La audierea civilă făcută în faţa curţii despre utilizare dispozitivului care ajută pe bolnavii terminali să-şi ia singuri viaţa s-au prezentat o femeie care era ţintuită de o scleroză în plăci într-un cărucior cu rotile şi rudele unui bărbat care era muribund având SIDA. Aceştia au vorbit de tentativele de alinare pe care *le reprezintă dispozitivul, iar pe Dr. Kevorkian, care îi refuzase în solicitări similare îl vedeau ca pe un „deschizător de drumuri".* (Brody, E. 1993)

Pe 13 decembrie 1990, dr. Kevorkian **a fost achitat** deoarece în statul Michigan nu exista un text de lege care să incrimineze asistarea la suicid, iar acţiunea nu a putut fi socotită de tribunal drept delict criminal, deşi a avut consecinţe letale pentru o persoană.

Pe 5 februarie 1991 tribunalul a interzis dr. Kevorkian utilizarea maşinii sale de sinucis. Doamna judecător Alice Gilbert a făcut o informare pe larg în legătură cu moartea doamnei Janet Adkins, care a fost dată ulterior publicităţii.

El **nu s-a conformat deciziei judecătoreşti,** iar în octombrie 1991, le-a ajutat pe alte două femei să scape de ani de dureri şi suferinţe.

Marjorie Wantz, de 58 ani, care suferea de o nevralgie pelvină de origine obscură, care o chinuia înfiorător a utilizat o variantă îmbunătăţită a „maşinii de sinucis". La autopsia făcută de **Dr. Ljubisa Dragovic**, expert medical al Districtului Oakland, nu s-au găsit semne obiective de boală.

Sherry Miller, de 43 ani, suferea de scleroză multiplă (scleroză în plăci) de 12 ani, înainte ca dr. Kevorkian să-i asiste moartea cu **o nouă „maşină" de sinucis** - un recipient din care bolnava **a inspirat monoxid de carbon**.

Despre funcţionalitatea noului sistem avem relatări de la prima mână. El a păstrat cu grijă fişele întocmite în legătură cu toate

Scanned with OKEN Scanner

morţile asistate. Un asemenea document întocmit de Jack Kevorkian intitulat „**Michigan Obituary - Zone 1 - Final action**“ descrie a 13-a moarte în care s-a implicat. **Hugh Gale, de 70 de ani**, suferea de emfizem pulmonar şi insuficienţă cardiacă congestivă. Documentul reprodus de pe Internet arată cam aşa:

ACŢIUNE FINALĂ

PACIENT: Hugh E. Gale Date: 12 feb. 1993 Ora de începere: 9:20 am
Locul: 17852 Delaware, Roseville, MI 48066
Persoane prezente:

Nume	Relaţia cu pacientul	Semnătura
Cheryl Gale	soţie	
Neal Nicol	asistent tehnic	
Margo Janus	asistent tehnic	

Observator oficial: N/A Semnătura

Procedura: Pacientului i se aplică masca de plastic peste nas şi gură, cu bandă elastică în jurul capului. Un cort de plastic este pus peste cap şi cap şi umeri, prevăzut cu un capac de deschidere. Pacientul a tras apoi de un cablu legat de degetul său arătător stâng, al cărui celălalt capăt era legat de un clip, care strângea un tub de plastic moale, deschizând astfel supapa de ieşire a unei butelii de monoxid de carbon, în mască. În aproximativ 45 de secunde pacientul a devenit roziu, agitat, respirând profund şi spunând „Scoateţi-l afară!“. Cortul a fost îndepărtat imediat, masca a fost scoasă şi i s-a administrat oxigen pe sondă nazală. Bolnavul a rămas conştient şi orientat, iar în mai puţin de un minut respiraţia i-a revenit la normal. era mai relaxat şi un pic somnolent, dar treaz şi orientat. Pacientul a dorit să continue. După aproximativ 20 de minute, menţinându-se oxigenul nazal, i s-a pus din nou masca peste gură şi nas, iar el a tras din nou clipul de pe tubul supapă. În aproximativ 30-35 a făcut din nou flush, a devenit agitat cu hiperpnee moderată, iar imediat după ce a spus „Scoateţi-l“, a doua oară, şi-a pierdut conştienţa. Masca i-a fost lăsat-ă pe loc. Hiperpneea a mai continuat aproape 35-40 de secunde, după care s-a instalat o respiraţie rară şi calmă, care a durat aproape 8 minute, diminuând în frecvenţă şi intensitate. La trei minute după ultima respiraţie nu s-a mai perceput bătaia inimii.

Remarcile observatorului: N/A
Ora încheierii: 9:55 am Cel care anunţă moartea:
Dr. Jack Kevorkian (semnătura)

Cuvântul „Zona 1“ se referă la propunerea lui Kevorkian de a crea 12 zone, având fiecare un centru de sinucideri „pentru toţi care au nevoie şi o doresc“. Se poate reţine că deşi pacientul a dorit opri-

Scanned with OKEN Scanner

rea procedurii înainte de a-şi pierde conştienţa, acesta a fost dusă până la capăt. Acest aspect a fost speculat la maximum de membrii unui grup anti - avort **Operaţiunea Salvarea** (Operation Rescue), care au găsit că şi în notiţele asistentului Nicol se vorbea despre aceste proteste ignorate de Kevorkian.

Metoda măştii prin care se inhala monoxid de carbon se preta la utilizări în condiţii precare.

Thomas Hyde, de 30 de ani, muncitor constructor, care suferea de scleroză laterală amiotrofică (boală cunoscută de americani sub numele de boala lui Lou Gehrig) a beneficiat de utilizarea ei în august 1993. (Lou Gehrig a fost un celebru jucător american de baseball care a devenit decrepit prin efectele acestei boli). Asistarea suicidului a avut loc în vechea şi ruginita furgonetă Vokswagen a lui Kevorkian din 1968, care era parcată lângă un complex de apartamente dintr-un cartier din oraşul Detroit. La inspirarea monoxidului de carbon au asistat soţia lui şi fetiţa lui de doi ani. După ce şi-a luat rămas bun de la ele el a tras de clipul de hârtie care oprea intrarea gazul în mască şi a murit.

Presa şi moraliştii au luat **atitudine împotriva „doctorului asasin"**, au criticat metoda folosită, catalogând **suicidul asistat ca pe o execuţie** şi nu ca pe o moarte demnă, de dorit.

Unii eticieni medicali au cerut **întemniţarea** doctorului Kevorkian. O parte din ei argumentează că *menirea medicului o constituie salvgardarea sănătăţii şi că medicii nu ar trebui să se implice în euthanasie.*

O parte a specialiştilor în etică consideră că deşi o anumită parte a opiniei publice susţine nevoia implicării active a medicului în euthanasie, ajutorul dat de dr. Kevorkian bolnavilor care vor să se sinucidă este greşit de principiu, existând **discrepanţe între diagnosticul lor şi starea lor fizică şi mintală reală.**

Dr. Timothy Quill, medic în Rochester, Statul New York, partizan al suicidului medical asistat îi mulţumeşte lui Kevorkian că a prilejuit această dezbatere, dar îl critică pe motivul că *„ne conduce într-o direcţie greşită, îndreptându-şi atenţia asupra metodelor alese de oameni ca să-şi ia zilele, şi nu asupra unor soluţii mai largi".*

Doctorul Ira Byok, specialist din Montana în terapii paliative şi de ospiciu a spus: *„Dezbaterea asupra suicidului asistat medical va continua, dar în timp ce oamenii continuă să dezbată viguros aşa zisul drept de a muri, noi putem fi de acord, ca o naţiune grijulie ce*

Scanned with OKEN Scanner

suntem, că oamenii au dreptul să moară în confort şi demnitate, înconjuraţi de cei dragi."

În toiul acestor dezbateri, în anul 1995, a apărut sub grija **Societăţii Scoţiene de Euthanasie Voluntară (VESS)** cartea „**Euthanasia: Dincolo de Ieşirea Finală - Noi cercetări în auto-eliberare, suicid raţional pentru bolnavii terminali**" (Euthanasia: Beyond Final Exit - New Research in Self-Deliverance Rational Suicide for the Terminally Ill), scrisă de **Chris Docker**, Cheryl Smith, John Hofsess, Bruce Dunn. Titlul provine dintr-o serie de articole din ziarul „**Last Rights**" (Ultimele drepturi), ce apare în **Canada**, în care au fost publicate unele din capitolele iniţiale ale cărţii.

Pe 166 de pagini de articole academice se prezintă istoricul cărţilor în domeniu, cât de demne de încredere sunt datele prezentate acolo şi ultimele date despre auto - euthanasie / suicid raţional.

În cuprinsul cărţii se caută să se disipeze mitul conform căruia o doză de medicament cu intenţie letală, dar care se dovedeşte ineficientă, poate cauza orbirea subiectului. Se discută noţiunea de „doză letală" pe bază de cazuri precedente şi nu prin extrapolarea dozei pe kilogr*am-corp.*

Este analizată folosirea anti-depresoarelor triciclice, adesea prescrise, care sunt letale luate singure sau în combinaţie. Se discută dacă „medicamentele de stradă" - substanţe ilicite cumpărate pe piaţa neagră - trebuie folosite pentru auto-eliberare, în cazul că ţi le poţi procura. Se răspunde la nişte întrebări obişnuite despre efectul plantelor otrăvitoare, avertizându-se despre efectele lor secundare neplăcute. Se analizează metoda lui Kevorkian cu monoxid de carbon, vorbind laudativ despre eficienţa ei, dar se are în vedere şi utilizarea unor gaze inerte. Se abordează utilitatea auto-înfometării ca metodă de sinucidere, după cea mai cuprinzătoare analiză posibilă a cazurilor cunoscute. Se aduc la cunoştinţă informaţii recente asupra barbituricelor (la care s-a renunţat practic în a doua jumătate a anilor '70, datorită avântului benzodiazepinelor), dar care sunt preferate de unii, fie că au stocuri mai vechi, fie că sunt mai uşor de procurat, iar aceştia vor să cunoască eficienţa şi dozele necesare.

La sfârşitul lunii august 1996 dr. Kevorkian a asistat la cea de-a 39-a sinucidere. **Jack Leatherman de 73 ani**, *care suferea de cancer de ficat şi pancreas l-a contactat prima oară pe Kevorkian în ziua în care a aflat de diagnosticul de cancer. El a recurs la acesta deoarece medicul său personal refuzase să-l ajute.*

Scanned with OKEN Scanner

În cazul lui, medicul legist care a examinat cadavrul a declarat că moartea bolnavului nu era iminentă.

O listă a celor care au folosit serviciile lui Kevorkian, preluată de pe Internet arată cam aşa:

LISTA CELOR DECEDAŢI PRIN ACŢIUNILE DR. JACK KEVORKIAN DE ASISTARE A SUICIDULUI

după International Anti-Euthanasia Task Force - *Internet*

No.	Data	Numele	Vârsta	Statul
1	06/04/90	Janet Adkins	54	OR
2.	10/23/91	Marjorie Wantz	58	MI
3.	10/23/91	Sherry Miller	43	MI
4.	05/15/92	Susan Williams	52	MI
5	09/26/92	Lois Hawes	52	MI
6.	11/23/92	Catherine Andreyev	46	PA
7.	2/15/92	Marcella Lawrence	67	MI
8.	12/15/92	Marguerite Tate	70	MI
9.	01/20/93	Jack Miller	53	MI
10.	02/04/93	Stanley Ball	82	MI
11.	02/04/93	Mary Biernat	73	MI
12.	02/08/93	Elaine Goldbaum	47	MI
13.	02/15/93	Hugh Gale	70	MI
14.	02/18/93	Jonathon Grenz	44	CA
15.	02/18/93	Martha Ruwarts	41	CA
16.	05/16/93	Ronald Mansur	54	MI
17.	08/04/93	Thomas Hyde	30	MI
18.	09/09/93	Donald O'Keefe	73	MI
19.	10/22/93	Merian Frederick	72	MI
20.	11/22/93	Ali Khalili	61	IL
21.	11/26/94	Margaret Garrish	72	MI
22.	05/08/95	John Evans	77	MI
23.	05/12/95	Nicholas Loving	27	AZ
24.	06/25/95	Erika Garcellano	60	MO
25.	08/21/95	Esther Cohen	46	IL
26.	11/08/95	Patricia Cashman	58	CA
27.	01/29/96	Linda Henslee	48	WI
28.	05/06/96	Austin Bastable	53	Can.
29.	06/10/96	Ruth Neuman	69	OH
30.	06/18/96	Lona Jones	58	VA
31.	06/20/96	Bette Lou Hamilton	67	OH
32	07/04/96	Shirley Cline	63	CA

Scanned with OKEN Scanner

33.	07/09/96	Rebecca Badger	39	CA
34.	08/06/96	Elizabeth Mercz	59	OH
35.	08/15/96	Judith Curren	42	MA
36.	08/20/96	Dortha Louise Siebens	76	TX
37.	08/22/96	Patricia Smith	40	MO
38.	08/22/96	Pat DiGangi	66	NY
39.	09/02/96	Jack Leatherman	73	TN
40.	09/07/96	Isabel Correa	60	CA
41.	09/29/96	Richard Faw	75	NC
42.	10/10/96	William Spolar	70	TX
43.	10/17/96	Nancy DeSoto	55	IL
44.	10/22/96	Barbara Collins	65	MA
45.	08/30/96	Loretta Peabody	54	MI
46.	02/03/97	Elaine Day	79	CA
47.	02/03/97	Lisa Lansing	42	NJ
48.	03/07/97	Helen Livengood	59	VA
49.	03/18/97	Albert „Buddy" Miley	41	PA
50.	03/25/97	Janette Knowles	75	NE
51.	04/08/97	Heidi Aseltyne	27	IN
52.	05/07/97	Delouise Bache	63	CO
53.	06/26/97	Janis Murphy	40	NV
54.	07/01/97	Dorinda Scheipsmeier	51	CA
55.	07/01/97	Lynne Dawn Lennox	54	NJ
56.	08/13/97	Karen Shoffstall	34	NY
57.	08/26/97	Janet Good	73	MI
58.	08/29/97	Thomas Summerslee	55	CO
59.	09/03/97	Carol Fox	54	PA
60.	09/07/97	Deborah Sickels	43	TX
61.	09/20/97	Natverlal Thakore	78	Can
62.	09/29/97	Kari Miller	54	CO
63.	10/03/97	John Zdanowiez	50	IL
64.	10/08/97	Lois Caswell	65	KY
65.	10/13/97	Annette Blackman	34	MI
66.	10/30/97	John O'Hara	54	NY
67.	11/13/97	Naida Foldes	72	NY
68.	11/22/97	Naomi Sachs	84	NY
69.	11/22/97	Bernice Gross	78	FL
70.	12/03/97	Martha Wichorek	82	MI
71.	12/13/97	Rosalind Haas	59	CA
72.	12/16/97	Margaret Weilhart	89	CA
73.	12/16/97	Cheri Trimble	46	IA
74.	12/27/97	Franz-Johann Long	53	PA
75.	12/27/97	Mary Langford	73	FL

Scanned with OKEN Scanner

76.	01/08/98	Nancy Rush	81	MI
77.	01/18/98	Carrie Hunter	35	CA
78.	02/03/98	Jeremy Allen	52	MA
79.	02/23/98	Muriel Clement	76	CN
80.	02/26/98	Roosevelt Dawson	21	MI
81.	03/05/98	William Cannaughton	42	MA
82.	03/05/98	Patricia Greyham	61	VA

83.-99. Datele nu sunt disponibile.

Kevorkian declarase cel puţin 100 de suiciduri în luna martie 1998, fără a da nume sau date. Moartea lui Waldo Hermann a fost considerată ca având numărul 100 de majoritatea surselor de informare.

100.	03/13/98	Waldo Herman	66	MI
101.	03/26/98	Mary Judith Kanner	67	MI
102.	04/09/98	Shala Semonie	47	AZ
103.	04/13/98	Dixie Coleen Wilson	64	MO
104.	04/17/98	Pricilla Hiles	73	CA
105.	04/17/98	Jack Schenbern	89	FL
106.	04/24/98	Lucille Alderman	86	MI
107.	05/07/98	Matthew Johnson	26	CA
108.	05/19/98	Emma Kassa	68	OH
109.	06/07/98	Joseph Tushkowski	45	NV
110.	09/17/98	Thomas Youk	52	MI

Trebuie remarcate **numărul mare de solicitări** şi **rapiditatea cu care au fost făcute** de bolnavii care au solicitat ajutorul dr. Kevorkian. Se poate vedea cât de variate sunt vârstele celor care au cerut asistarea pentru suicid, iar numele lor sugerează originea lor etnică şi credinţa religioasă diferită. Este de remarcat că ei au provenit din mai mult state americane şi chiar din Canada.

Aceşti oameni au ales o moarte fără durere în locul unei vieţi chinuite. Alături de ei au stat membrii familiilor lor şi cei mai dragi prieteni. Însoţitorii au fost adesea intervievaţi asupra modului cum ei doresc să-şi trăiască viaţa şi dacă, există o justificare morală sau legală pentru a-ţi alege momentul şi modul de a muri când, în această lume, viaţa nu-ţi mai oferă decât suferinţă.

Unii au spus că *„oricum, chiar în absenţa maşinii de sinucis, se va găsi o metodă de a muri demn"* pentru cei care nu vor să suporte suferinţa.

Până în 1994, în SUA, procedeul care domina modalităţile de sinucis era **autoadministrarea unei doze de somnifere urmată de introducerea pe cap a unei pungi de plastic, ceea ce duce la o asfixie lentă.**

Scanned with OKEN Scanner

În „cruciada" pentru suicidul asistat s-a aflat pentru mai mulţi ani alături de Kevorkian - **Janet Good**, activistă politică pe plan local şi în Statul Michigan. Cu ocazia morţii doamnei **Loretta Peabody, de 54 de ani**, care suferea de scleroză multiplă, Kevorkian şi Good au fost acuzaţi împreună. La audierea preliminară din mai 1997, judecătorul a renunţat la acuzaţiile împotriva Janetei Good, care a declarat că suferea de cancer de pancreas, şi care ar fi murit cu mare probabilitate înainte de începerea procesului.

În august 1997, **Janet Good, de 73 de ani** a fost ajutată de Kevorkian să se sinucidă. **Dr. Kanu Virani** de la Oakland Medical Examiner's Office, care a făcut autopsia nu a găsit pancreasul bolnav şi nici alte organe cu suferinţe grave.

Pe 2 martie 1998, **Roosevelt Dawson, de 21de ani**, fost student la Smithfield College devenit tetraplegig, s-a sinucis cu sprijinul lui Kevorkian, în prezenţa mamei lui. Într-un interviu acordat ulterior ea a spus că metodele puse în practică de Kevorkian reprezintă **o alternativă logică la o viaţă de handicapat**.

Dr. Jack Kevorkian a fost achitat în trei procese din districtele Oakland şi Wayne, unde fusese dat în judecată pentru cinci cazuri de asistarea suicidului, cu ajutorul dispozitivului inventat de el (1990, 1993, 1994). A mai existat o tentativă de proces în districtul Ionia, care a fost respinsă de judecător ca nefiind fondată. Învinuirile au fost aduse de două ori pentru crima de omor, dar ulterior s-a renunţat la ele, căci o lege care să incrimineze în mod explicit suicidul asistat nu exista în statul Michigan. Conform principiului din Dreptul Roman *„Nulla poena sine lege"*, el nu se făcea vinovat de vreo infracţiune, deoarece fapta nu era prevăzută în Codul Penal (Criminal Code).

Kevorkian a devenit un promotor al legilor care permit în mod explicit suicidul asistat, în anumite condiţii, în clinici speciale şi doar la cei care întrunesc criteriile pe care el vrea să le facă legale. El a pregătit un program de măsuri pentru legalizarea suicidului asistat, intitulat „**Propunerea B**" (Proposal B), fiind sprijinit de organizaţia „**Prietenii lui Merian**" (Merian's Friends). Acest grup a fost iniţiat de **Carol Poenisch**, fiica doamnei **Merian Frederick** care a fost ajutată să moară în 1993 (al 19-lea caz). Poenisch spune despre Kevorkian: *„Eu îl ador pe Jack, şi cred că ceea ce face el este un lucru corect din punct de vedere medical şi social"*.

Această iniţiativă de legalizare a euthanasiei şi suicidului asistat, conţinea aproximativ 12.000 de cuvinte şi se referea la războiul

Scanned with OKEN Scanner

de acuze reciproce şi epitete dintre susţinătorii şi opozanţii campaniei. Ea a fost poreclită **„mijlocul de evaziune legislativă a lui Kevorkian"** (Kevorkian's loophole; termenul *„loop-hole"* înseamnă „truc, şmecherie" şi „deschidere strâmtă şi arcuită din zidul unei cetăţi prin care se poate trage în afară, cu arcul sau armele de foc").

În toată această perioadă înfruntările între grupurile *pro-life* şi *pro-choice* s-au făcut publice, prin diferite articole din presă, din care unele au apărut pe Internet.

Pe 7 mai 1998, după moartea lui **Matthew Johnson, de 26 de ani**, un fost halterofil campion din California, care a suferit un accident nefericit, Jack Kevorkian a avut un incident cu nişte poliţişti, după cere a fost acuzat pentru afront şi împotrivire la arestare. El a fost judecat şi condamnat cu suspendare pe 4 noiembrie 1998. Eliberarea sub supraveghere, însemna că el riscă închisoarea, dacă încalcă orice lege sau ordonanţă, timp de doi ani.

Doctorul Kevorkian nu a precupeţit nimic pentru a oripila conştiinţele contemporanilor noştri americani şi de pretutindeni, căci cu ocazia suicidului asistat tetraplegicului **Joseph Tushkowski de 45 de ani**, pe 7 iunie 1998, el **i-a recoltat acestuia rinichii**, cu ajutorul unei echipe de chirurgi, în speranţa că vor pute fi de folos pentru transplant. Există mărturia cel puţin a unui medic în această privinţă, iar detractorii lui Kevorkian descriu evenimentul ca pe o scenă rămasă dintr-un film cinematografic cu "savantul nebun". Tot ei spuneau că planurile de experiment uman ale "doctorului Moarte" nu se opresc aici.

Pe 1 septembrie 1998 este votată în Statul Michigan **legea care interzice suicidul asistat**, cât şi oferirea de sfaturi în acest sens. Kevorkian a apreciat legea ca fiind ipocrită, ca o **conspiraţie a bisericii contra umanităţii**.

Până în septembrie 1998, Doctorul Jack Kevorkian a practicat exclusiv asistarea suicidului, dar pe **17 septembrie 1998** a recunoscut că a dus la îndeplinire **primul său caz de euthanasie voluntară activă**. El i-a injectat lui **Thomas Youk, de 52 de ani**, din Waterford Township, care suferea de scleroză laterală amiotrofică - SLA (boala lui Lou Gehrig), o doză fatală de clorură de potasiu, acasă la acesta. Bolnavul era imobilizat într-un cărucior cu rotile, cu capul căzut pe piept, fără putinţa de a face vreun gest de sinucidere, dar era conştient şi ceruse cu determinare acest lucru. De faţă au fost soţia şi fratele lui. Totul a fost înregistrat pe o casetă video.

Scanned with OKEN Scanner

Pe 3 noiembrie 1998, s-a supus votului public "**Propunerea B**", **care a fost respinsă cu o majoritate** covârşitoare (71 împotrivă). Sondajele de opinie făcute ulterior de Societatea Exit indicau că respingerea legalizării suicidului asistat venea din partea fiecărui grup votant (femei şi bărbaţi, minoritari şi albi, credincioşi care merg regulat la biserică şi cei care nu merg niciodată). Sondajele de opinie făcute anterior indicaseră că există susţinere pentru conceptul de suicid medical asistat, dar probabil că votanţii au fost influenţaţi de ideea pericolului legalizării acestuia. Există oricum persoane care susţin campania lui Kevorkian, dar nu îi aprobă metoda de punere în practică.

Caseta video cu înregistrarea euthanasiei lui Thomas Youk a fost prezentată pe 22 noiembrie 1998, în cadrul emisiunii televizate *"60 de minute"* a canalului C.B.S., unde Kevorkian exprima un soi de sfidare faţă de juriştii dependenţi de o legislaţie nouă dar desuetă. Emisiunea a fost vizionată în peste 15 milioane de locuinţe şi a răscolit conştiinţele americanilor.

Procurorii statului care au fost sfidaţi astfel, s-au sesizat de la sine trei zile după aceea, iar pe data de 9 decembrie 1998, Kevorkian a fost chemat în faţa instanţei pentru acuzaţiile de **crimă de omor cu premeditare** şi pentru **asistare a suicidului**.

La audierea preliminară, caseta video a fost vizionată în faţa Curţii, iar **judecătorul districtual, Doamna Phyllis McMillen** a spus: *"Intenţia de a omorî a fost premeditată şi gândită cu anticipaţie"*.

Ea l-a acuzat de asemeni de **folosirea unei substanţe aflate sub control** (cu circuit supravegheat). Ea a audiat mărturia ofiţerului de poliţie care a percheziţionat casa lui Youk şi a medicului legist care a făcut autopsia cadavrului lui Youk.

John Skrzynski, procuror adjunct din districtul Oakland, a spus: *"Cred că principala probă este cea adusă în faţa întregii ţări"*.

Lui Kevorkian i s-a stabilit o cauţiune de 750.000 de $ şi a fost pus în libertate, dar el risca o pedeapsă de închisoare pe viaţă pentru "**first degree murder**" (omor cu premeditare), până la cinci ani închisoare pentru asistarea suicidului şi până la şapte ani închisoare pentru încălcarea regulamentului "Substanţelor aflate sub control".

Dr. Jack Kevorkian considera că **acuzaţia de omor care i se aduce este ne-constituţională**, dar acest lucru poate fi stabilit doar de o curte de apel, numai în cazul că un juriu îl va considera vinovat, în primă instanţă.

Scanned with OKEN Scanner

Când Kevorkian a afirmat că **intenţionează să se apere singur**, fiind doar asistat de doi avocaţi care îi vor servi de sfătuitori, fostul său avocat, Fieger a considerat aceasta o acţiune nebunească.

Geoffrey Fieger a afirmat adesea că numai el îl poate ţine pe Kevorkian afară din închisoare, ultima dată în iunie 1998, în ziarul "Chicago Tribune". De obicei el invoca excepţii de procedură pentru a împiedica desfăşurarea procesului. Datorită celebrităţii dobândite alături de Kevorkian, el a intrat în viaţa politică, fiind denumit candidat la postul de guvernator al statului din partea Partidului Democrat. În ciuda campaniei sale şi a unor interviuri de răsunet, cum ar fi cel acordat ziarului "Detroit Free Press", Fieger a fost înfrânt în cursa politică de actualul guvernator, John Engler.

Curtea de Apel a Statului Detroit a dat pe 16 martie 1999 o decizie care permite începerea procesului pentru luni 22 martie în Conferinţa Curţilor din Districtul Oakland, ţinând seama de decizia precedentă care afirmase clar că **nu există un drept constituţional la suicid asistat**.

Văzând că procesul nu mai poate fi amânat, unul din avocaţii consultanţi ai lui Kevorkian, **David Gorosh** a afirmat că:

"Dacă într-adevăr, prin vreo lovitură cu bătaie lungă, ar fi vorba de vreo condamnare, curţile de apel o vor ridica ulterior".

Fostul Procuror al Districtului Oakland **Richard Thompson** care pierdu-se două procese în faţa lui Kevorkian a spus că *"indiferent de verdict, mai există suficiente legi în cărţi pentru prevenirea unor asemenea acte. Mulţi oameni sunt de părere că o achitare ar fi o abdicare de la justiţie asemănătoare cu aceea ce s-a întâmplat în cazul O.J. Simpson, unde marele public a rămas încredinţat că el şi-a omorât fosta soţie".*

Unii experţi în legislaţie au prezis că argumentul de apărare al lui Kevorkian, prin invocarea **Amendamentului al 9-lea al Constituţiei Americane**, va fi îndepărtat, deosebindu-se de cel de la apelurile trecute care au reuşit.

Amendamentul al 9-lea spune că *"drepturile care nu sunt acordate prin Constituţie sunt rezervate pentru cetăţeni"*. Kevorkian interpretează aceasta cu înţelesul că guvernul nu poate forţa pe cineva cu dureri mari să continue să sufere.

Apelurile precedente făcute de Kevorkian citau soluţiile cu privire la dreptul la intimitate şi la dreptul de a muri în lumina **Amendamentului al 14-lea**, relatează **Larry Dubin**, profesor de drept la Universitatea din Detroit. El afirma înainte de începerea procesului:

Scanned with OKEN Scanner

"În acest caz verdictul de ***nevinovat*** *va fi foarte descurajator pentru acuzatori. Pentru ei toate merg foarte bine – a fost vorba de un caz de omor direct, antiseptic fără multitudinea de mărturii emoţionale care au fost în procesele precedente ale lui Kevorkian, iar dacă ei nu reuşesc să câştige acest proces, sunt sigur că nu vor mai arde de nerăbdarea de a-l acuza din nou pe viitor, dacă nu vor exista circumstanţe care să impună aceasta".*

Pe 18 martie 1999, **Judecătoarea Jessica Cooper** de la Comisia Curţilor din Oakland a spus că vor fi admise ca probe în proces mărturiile asupra durerilor, suferinţelor şi stărilor sufleteşti ale lui Thomas Youk. În consecinţă **procurorii au renunţat la acuzaţia de suicid asistat**, menţinând-o numai pe aceea de **omor cu premeditare**, ca juriul să nu fie obligat să audieze depoziţiile pline de emoţii cutremurătoare ale martorilor apărării şi astfel să fie influenţat. Această şmecherie juridică a revoltat pe toţi membrii societăţilor *pro-choice* indiferent dacă erau sau nu de partea lui Kevorkian.

Pentru că nu a reuşit să o persuadeze pe judecătoare de admisibilitatea juridică a administrării tuturor probelor, Kevorkian a redactat o **moţiune scrisă** prin care cerea să fie acceptate mărturiile soţiei şi fratelui lui Youk asupra stării de conştienţă şi a consimţământului lui. Moţiunea a fost reformulată *"in legalese"* de David Gorosh, care a afirmat în faţa publicului că actul este pe deplin legal şi ar trebui să se bucure de eficienţă juridică. Ea cerea să permită rudelor lui Youk să susţină ideea că moarte acestuia a fost un omor din milă şi nu o crimă cu premeditare, spunând:

"Orice om acuzat de omor are dreptul să-şi expună motivele personale, a scris apărarea, iar în cazul Kevorkian acestea au fost suferinţa lui Youk".

Într-o discuţie animată, judecătoarea Cooper a afirmat că **bunele intenţii ale lui Kevorkian şi consimţământul victimei nu sunt relevante într-un caz de omor.**

Procurorii au pretins că declaraţiile făcute în faţa lui Kevorkian de Melody, soţia lui Youk şi de Terrence, fratele lui, pe 17 septembrie 1998 (în ziua morţii) au fost plănuite ca un soi de apărare, în caz de nevoie. Ei au spus:

"A fost un eveniment pus la cale de acuzat pentru a-şi promova agenda publică. În el, aserţiunile membrilor familiei au fost întruchiparea rezumativă a declaraţiilor de auto-apărare pregătite de acuzat cu intenţia de a fi folosite la un eventual proces, iar de aceea nu sunt admisibile".

Scanned with OKEN Scanner

Procurorul adjunct **John Skrzynski** a adăugat:

"Kevorkian tot încearcă să umfle această speculaţie că el a dus la îndeplinire un omor din milă, cu consimţământul persoanei care a murit. Acest lucru nu reprezintă o apărare valabilă în cazul nostru".

Văzând precaritatea motivaţiei juridice a lui Kevorkian în faţa unei acuzaţii de omor, judecătoarea Cooper, care nu tolerase nici în trecut argumentele emoţionale, i-a cerut insistent lui **Kevorkian să revină asupra deciziei de a se apăra de unul singur,** dar el a refuzat să-şi schimbe atitudinea. Înainte de selecţia juriului el afirmase că doreşte să-şi exercite dreptul constituţional de a pleda în faţa juriului şi de a interoga martorii.

În prima zi a procesului, apărându-se de acuzaţiile de **omor cu premeditare şi utilizare a substanţelor aflate sub control,** Kevorkian a afirmat în faţa juriului că scopul său în televizarea morţii lui Youk a fost de a provoca 12 oameni diferiţi să decidă **dacă oamenii au dreptul să moară.** În discursul de început el li s-a adresat juraţilor astfel:

"Vă vorbesc pentru că mai întâi de toate doresc să ştiţi că eu însumi, şi nu altcineva, am determinat acest proces. Uitaţi-vă puţin la mine! Cinstit acuma, chiar vedeţi un criminal? Vedeţi un ucigaş? Dacă da, atunci trebuie să mă condamnaţi! Dumneavoastră aveţi responsabilitatea, povara, dar poate şi onoarea de a decide încotro se va merge de aici în colo. Asumaţi-vă judecata aspră a Istoriei şi a copiilor şi nepoţilor dumneavoastră! Ar fi făcut cineva înzestrat cu raţiune şi cu bun simţ ceea ce am făcut eu, ştiind că este o crimă şi ar fi prezentat-o într-o emisiune de televiziune de maximă audienţă? Intenţia mea nu a fost omorul, iar probele vor dovedi aceasta."

David Gorosh şi **Lisa Dwyer**, cei doi avocaţi care l-au reprezentat gratuit pe Kevorkian încă din luna noiembrie 1998, l-au sfătuit în şoaptă să nu se aventureze pe **întortochiatele căi ale dreptului procedural şi ale reglementărilor legale.**

Judecătoarea a scos juriul din sală pentru a-l avertiza pe Kevorkian să nu persiste în argumente pe care ea le-a declarat deja inadmisibile din punct de vedere juridic. Afirmaţiile lui Kevorkian că intenţiile sale au fost de îndepărtare a durerii şi suferinţei au dus la achitări în trei dintre procesele anterioare.

Procurorul adjunct al Curţii Districtului Oakland, John Skrzynski a cerut membrilor juriului să se axeze pe textul legii şi nu pe emoţii. În discursul lui de deschidere el a afirmat:

Scanned with OKEN Scanner

"Kevorkian este un ucigaş şi un înnebunit după publicitate, care s-a folosit de moartea lui Youk pentru a-şi politiza cauza în boxa juriului, în loc să o facă în cadrul legislativului de stat sau la o urnă de vot. Aici nu va fi nici o dezbatere; nu va fi nici un vot. În locul întregii populaţii din Michigan care ar decide care este legea, veţi decide dumneavoastră fiecare în parte. Fiecare o va face cu încă 11 oameni pe care nu-i cunoaşte, în timp ce lumea întreagă vă urmăreşte. Jack Kevorkian l-a omorî pe Tom Youk, iar Jack Kevorkian nu are nici un drept să omoare".

Acuzarea a prezentat din nou caseta cu înregistrarea morţii lui Youk, iar juraţii şi-au luat notiţe. Au fost citaţi ofiţerii de poliţie din Waterford Township şi expertul medical al Districtului Oakland, **Dr. Ljubisa Dragovic**, doctoriţa care a denunţat campania lui Kevorkian pentru euthanasie şi a categorisit morţile în care el a fost implicat drept omoruri.

Kevorkian le-a spus juraţilor că pentru dovedirea unei crime este nevoie să faci proba intenţiei de a face rău, denumind aceasta "o voinţă vâscoasă" *(a viscous will)".*

Judecătoarea i-a tăiat-o scurt, afirmând: *"Acest lucru nu este valabil după legea din Michigan"* şi i-a cerut să reformuleze aserţiunea.

Kevorkian a reuşit să obţină audierea soţiei lui Youk în faţa judecătoarei, dar **fără ca juriul să fie de faţă**. Ea a declarat că nu s-a pronunţat niciodată cuvântul "a omorî": *"Urât cuvânt. Niciodată. Niciodată nu l-am folosit în discuţia noastră. A fost vorba doar de terminarea suferinţelor lui. Lui îi era frică să nu moară sufocat".* Argumentaţia nu a fost acceptată ca element de deliberare.

Kevorkian însuşi a depus mărturie, dar performanţa lui la audierea sa ca martor a fost destul de stângace, el fiind forţat să vorbească doar prin prisma legilor pe care le dispreţuia.

Văzând penibila prestaţie juridică a lui Kevorkian din cursul procesului, **Elizabeth Price Foley, profesor asociat de drept** la Detroit College of Law de la Michigan State University a spus:

"E trist. Demn de plâns. Ca avocat, aş vrea să-mi pun braţul pe umărul lui şi să-i spun să stea jos, să tacă şi să mă lase să-l ajut să iasă din chestia asta. Eu nu cred că Dr. Kevorkian este interesat să-şi asculte avocaţii. El are o propensiune pentru moarte, iar acesta este calea cea mai bună de a o duce la îndeplinire. Dacă nu sunt acceptate mărturiile rudelor decedatului, el poate avea necazuri în faţa unei acuzări puternice".

Scanned with OKEN Scanner

Geoffrey Fieger, care l-a reprezentat cu succes pe Kevorkian în procesele anterioare şi-a arătat şi el îngrijorarea spunând:

"Mă întristează ce s-a întâmplat în instanţă şi mi-e frică de faptul că Jack se pune de unul singur în poziţia de fi condamnat

Judecătoarea Cooper l-a întrebat pe Kevorkian de şase ori în cursul zilei de 23 martie dacă nu doreşte să se răzgândească să pledeze de unul singur şi să-i lase pe avocaţii David Gorosh şi Lisa Dwyer să argumenteze şi să interogheze martorii. Arătându-l pe procuror ea a spus:

"Omul acesta intenţionează să vă condamne pentru omor cu premeditare (de gradul întâi). Dacă nu îi faceţi faţă, înseamnă că vă veţi petrece tot restul vieţii în închisoare."

Kevorkian a răspuns: *"Nu a mai rămas prea mult, onorată instanţă!*

Judecătoarea a insistat întrebându-l dacă ştie cum arată o închisoare pe dinăuntru, dar Kevorkian nu a vrut să profite de oportunitatea care i s-a oferit de a se retrage de la caz şi a lăsa pe profesionişti să-l scoată din încurcătură.

Procurorul **John Skrzynski** s-a adresat juriului spunând:

"Văzând înregistrările video, vă va fi greu să treceţi cu vederea starea de sănătate a lui Thomas Youk, dar nu despre acest lucru este vorba aici. Legea nu se uită la victimă să se întrebe dacă viaţa acesteia are o calitate care merită să fie protejată. Legea apără pe toată lumea şi se aplică la toată lumea"

În cursul zilei de 24 martie 1999, la cererea acuzării, judecătoarea a instruit juriul că poate lua în considerare pentru estimarea vinovăţiei lui Kevorkian şi **acuzaţiile de omor de gradul doi sau de omor involuntar.**

Kevorkian a fost foarte supărat de includerea opţiunii de **omor prin imprudenţă** şi s-a opus declarând:

"Procurorii m-au acuzat de omor cu premeditare. Eu nu cred că ei pot da înapoi. Asta este laşitate. Acest forum poate ridica suicidul asistat la un nivel care poate fi stabilit cu acurateţe. De ce au fost injectate aceste substanţe? În mod cert pentru a opri chinurile bolnavului. Scopul a fost ***soluţia finală a agoniei incurabile****"*. Ulterior el a adăugat:

"Cuvintele scrise pe hârtie nu creează în mod obligatoriu crime. Există unele acţiuni care nu sunt crime din perspectiva bunului simţ. Asta veţi trebui dumneavoastră să decideţi."

Scanned with OKEN Scanner

Procurorul Skrzynski a sărit de pe scaun obiectând furios, cu voce tare că se cere astfel nulificarea legii existente şi a cerut judecătoarei să dea instrucţiuni speciale juriului împotriva nulificării.

Judecătoarea nu a dat curs cererii, spunând că sarcina obişnuită a juriului este de a lua în considerare probele şi de a respecta legea. Ea i-a instruit totuşi pe juraţi că "euthanasia sau omorul din milă nu reprezintă o apărare faţă de acuzaţia de omor" şi că un consimţământ la suicid asistat nu justifică şi nu scuză omorul.

Pe 25 martie 1999, în discursul său de încheiere **procurorul Skrzynski** a prezentat din nou înregistrarea video şi a făcut o paralelă între campania lui Kevorkian de a-i ajuta să moară pe bolnavii gravi sau terminali şi acţiunile care au avut loc în Germania Nazistă:

"Există 11 milioane de suflete ale căror trupuri sunt îngropate în Europa, care v-ar putea spute că apar efecte catastrofice când vrei să faci din euthanasie lege. Din asta pot ieşi lucruri îngrozitoare."

"Omul ăsta a venit ca un medic-ucigaş plătit, cu geanta lui plină de otrăvuri, în timpul nopţii ca să-şi facă treaba. Este vorba de o ucidere metodică a unei fiinţe umane. Dvs. nu puteţi trece peste asta!"

El a arătat că societatea trebuie să accepte să trăiască prin intermediul legilor, iar Kevorkian nu poate fi lăsat să treacă cu vederea sau să rescrie în mod arbitrar aceste legi, cu scopuri politice:

"El face acum o declaraţie politică. El omoară un om pentru a-şi duce la îndeplinire agenda politică. El vrea să-l sacrifice pentru cauza sa şi mai vrea de la dvs. să faceţi o nouă excepţie de la statutul crimei de omor."

Juriul format din şapte femei şi cinci bărbaţi a început deliberarea pe 25 martie, iar după 5 ore i-au cerut permisiunea judecătoarei să continue şi să îşi dea decizia a doua zi.

Pe 26 martie 1999, Dr. Jack Kevorkian a fost găsit vinovat de această Curte din Michigan de **omor de gradul doi** şi de **eliberarea unor substanţe aflate sub control**. Sentinţa a fost programată pentru 14 aprilie.

La pronunţarea verdictului, Kevorkian nu a avut nici o reacţie.

Procurorii au vrut să-l trimită direct la închisoare, dar judecătoarea l-a lăsat în libertate, dacă promite că nu va mai participa la nici un act de suicid asistat sau euthanasie până atunci.

Kevorkian a spus *"Până acum m-am ţinut de cuvânt. Mă voi ţine în continuare"* şi a părăsit liniştit sala de judecată, evitând ziariştii care tăbărâseră pe el.

Scanned with OKEN Scanner

Sfătuitorul său juridic, avocatul David Gorosh a stat însă la dispoziţia presei, declarând ritos:

"Este nedrept să încerci să pui semnul egal între un act de compasiune şi o crimă de omor. Vă spun direct – Dr. Kevorkian va fi lăudat ca un erou în istorie. Această problemă se va rezolva când noi vom fi încă în viaţă".

El a mai spus că Dr. Jack Kevorkian a făcut apel, iar dacă va fi nevoie se va merge cu procesul până la Curtea Supremă a Statelor Unite.

Geoffrey Fieger a spus:

"Nu cred că Jack va supravieţui în închisoare, iar pentru asta trebuie blamat David Gorosh. O apărare incompetentă l-a retezat de la genunchi, dar oricum ar fi fost, este acea apărare şi acea echipă pe care şi-a dorit-o Jack Kevorkian. Eu cred că el chiar verdictul şi l-a dorit".

Unii şi-au exprimat imediat temerile că se va ajunge la martirizarea lui Kevorkian, care a făcut o grevă a foamei de trei zile când a fost închis în noiembrie 1993 pentru că nu s-a ţinut de un alt legământ făcut în faţa justiţiei. Atunci el a acceptat doar sucuri şi apă, dar în decembrie 1998, Kevorkian şi asociaţii săi au declarat că dacă vor fi condamnaţi vreodată pentru asistarea suicidului, vor muri de foame. Oficialii din închisoare s-au simţit obligaţi să declare că dacă Dr. Kevorkian va face greva foamei după cum a ameninţat, ei îl vor hrăni forţat pe cale intravenoasă.

Pronunţarea sentinţei a fost devansată cu o zi, încât pe 13 aprilie 1999, Doctorul Kevorkian a fost condamnat la 10-25 de ani de închisoare pentru omor de gradul doi şi la 3-5 ani de închisoare pentru utilizarea unei substanţe aflate sub control.

Până la judecarea apelului el îşi va petrece zilele în închisoare ca deţinut.

Ecourile condamnării

Reacţiile la condamnarea Doctorului Jack Kevorkian au fost foarte diferite. Ele ar putea fi oarecum clasificate după cum pot fi împărţiţi cei care le-au care le-au emis.

A. Susţinătorii înfocaţi şi admiratorii lui Kevorkian

B. Susţinătorii suicidului asistat care se dezic de metodele lui Kevorkian

C. Militanţii pentru metode alternative ale suicidului asistat şi euthanasiei

D. Inamicii înfocaţi ai lui Kevorkian

Scanned with OKEN Scanner

Opiniile provin de la juriști, eticieni, medici, activiști pe tărâm social, bolnavi incurabili, bolnavi psihici cronici, handicapați motor, membrii ai familiilor acestora, profani neimplicați și ziariști.

A. Susținătorii înfocați și admiratorii lui Kevorkian

Ei privesc condamnarea lui ca pe o nedreptate, crezând că aceasta va accelera ceea ce ei consideră propensiunea inexorabilă spre legalizarea suicidului asistat și a unor forme de euthanasie. unii speculează că rolul său de prizonier martir va fi chiar mai eficient.

Derek Humphry președintele Societății **Hemlock** pentru dreptul de a muri și al Organizației **ERGO** a spus:

"Doctorul Kevorkian nu l-a omorât pe Tom Youk, deoarece omorul înseamnă să iei viața unei persoane care dorește să trăiască în continuare. Dl. Youk își dorea moartea fără nici o îndoială, dar era neajutorat, iar Kevorkian i-a răspuns cu un act de milă plin de grație".

"Poate că Dr. Kevorkian este un fals mesia, dar este pe calea cea bună. Este o tragedie pentru un om onorabil, care poate că este văzut drept un criminal în viziunea limitată a legii, dar este privit ca un mesia de milioane de oameni care doresc dreptul să-și aleagă modul de a muri atunci când devin bolnavi terminal.

"Jack Kevorkian era singurul medic care îi ajuta pe oameni să moară prin toate mijloacele – făcând-o efectiv și ducând o campanie deschisă pentru ca societatea să accepte practica".

"Acest verdict grotesc din Michigan va servi doar la răspândirea tot mai largă a practicilor subterane de euthanasie voluntară și nu le va opri. Sper ca să i se facă apel la cele mai înalte instanțe. Societatea americană trebuie să accelereze reforma legilor cu privire la alegerea modului de a muri".

"Cred că mișcarea pentru dreptul de a muri va face front în spatele lui Kevorkian și va milita mai aprig pentru legi care să legalizeze euthanasia. Mișcarea se va amplifica prin această condamnare, deoarece va crește enorm nivelul interesului public – iată deci că el a făcut un mare lucru. Martiriul lui Kevorkian, auto-impus așa cum este, va grăbi sosirea zilei când euthanasia voluntară a muribunzilor va fi scoasă din capitolul "Omor" din cărțile de drept și va fi recunoscută ca un act justificabil, de compasiune."

"Noi credem că Dr. Kevorkian a fost vinovat din punct de vedere al legilor existente, dar nu și din punct de vedere moral, iar legile trebuie schimbate pentru a fi permisă euthanasia voluntară".

Scanned with OKEN Scanner

Dr. Faye Girsh, director executiv naţional al **Societăţii Hemlock** a spus că eforturile pentru dreptul de a muri vor continua cu sau fără Kevorkian:

"În lume există 43 de organizaţii care încearcă să legalizeze dreptul pacienţilor de a-şi grăbi moartea.

Dr. Kevorkian era doar una din cele mai importante spiţe a roţii, dar roata nu face pană orice s-ar întâmpla cu el. Este puţin probabil ca mişcarea pentru dreptul de a muri să mai aibă membri asemenea lui Kevorkian. "

"Cu siguranţă că această condamnare nu-i va îmboldi pe doctori să o mai facă. Mulţi doctori ar putea fi forţaţi să lucreze pe ascuns, iar pacienţii să-şi imagineze modalităţi de a face asta fără ajutorul doctorilor."

*"Îmi imaginez un soi de viziune în care o mie de doctori se îndreaptă către Tribunalul Districtual din Districtul Oakland cărând pancarte pe care scrie – **Acuzaţi-mă, şi eu am făcut acelaşi lucru!**".*

Dr. Ed Pierce, care a militat pentru legalizarea suicidului în Statul Michigan, a afirmat că nu găseşte nimic de preţ în condamnarea lui Kevorkian:

"Eu cred că acest lucru este ceva trist. Am ajuns în situaţia în care orice medic care va ajuta pe cineva să moară, va merge la închisoare, probabil. Acei care aplaudă condamnarea lui Kevorkian ca fiind zămislită din moralitate şi lege trebuie să se întrebe dacă un sistem legal care nu distinge între milă şi omor este cât de cât moral sau legal. În acest caz aplicarea cu stricteţe a legii a fost folosită pentru a corupe justiţia. Chiar dacă zelosul procuror poate fi mândru de ceea ce a făcut, el este cel care trebuie comparat cu juriştii nazişti şi nu Dr. Kevorkian cu doctorii nazişti."

Nicholle McClelland, purtător de cuvânt al unui grup privat înfiinţat în Colorado a spus:

"Dr. Jack Kevorkian a făcut un act de mare, mare compasiune, ducând la îndeplinire ceea ce l-a rugat să facă Thomas Youk, bolnav terminal de scleroză laterală amiotrofică. Din nefericire el a fost găsit vinovat de omor. Noi nu credem că a fost omor, noi spunem că a fost homicid din compasiune".

Flora Holzheimer, cea mai mică dintre surorile lui Kevorkian a spus:

"El este un erou. Oriunde se duce oamenii îl opresc şi îi cer autografe. Uneori coboară geamul de la maşinile lor ca să-i arate semnul victoriei cu degetul mare în sus."

Scanned with OKEN Scanner

"Sper să nu ajungă să facă greva foamei ca să nu moară, căci mi-a spus că vrea să fie un exemplu cu orice preţ. Ca soră m-ar durea, dar îi respect dorinţele, oricare ar fi."

Andrew Bernstein, profesor de filosofie la Universitatea Pace este scriitor profesionist la Institutul Ayn Rand din Marina del Rey, Statul California. Luarea lui publică de atitudine cântăreşte semnificativ pentru atitudinile viitoare ale opiniei publice şi legislativului. El afirmă într-un articol afişat pe Internet:

"Deşi Kevorkian a călcat legea probabil, trebuie să ne amintim că la fel au făcut Thomas Jefferson şi Părinţii Fondatori ai Naţiunii Americane. La fel au făcut toţi acei care, în căutarea dreptăţii, au hotărât să contrazică moralitatea sistemului legal existent.

Curajul lui Kevorkian în crearea acestui caz de încercare îmi aminteşte de ***"procesul maimuţelor"*** *intentat lui Scopes în anul 1925, din oraşul Dayton, Statul Tennessee. Când fundamentaliştii creştini care controlau legislativul de stat au promovat o lege prin care se interzicea predarea evoluţionismului în şcoli,* ***John T. Scopes,*** *un profesor de liceu a continuat să predea teoria darvinistă. În mod deliberat el a încălcat legea, iniţiind "Procesul secolului" care a servit, probabil, la retragerea legii.*

Nu e de mirare că cea mai înverşunată ostilitate faţă de euthanasie vine de la religioşii habotnici care pretind că vieţile noastre nu ne aparţin, deoarece aparţin lui Dumnezeu. Legea anti - evoluţionistă nu permitea unei persoane cum să-şi aleagă modul de a gândi, dar legea anti - euthanasie nu permite unei persoane să-şi aleagă modul de a trăi. Principiul e acelaşi: ***Viaţa individului trebuie controlată de o autoritate superioară.***

În procesul lui Scopes, ţinta acuzării nu a fost doar profesorul din Tennessee, ci principiul ***dreptului individului la a gândi.*** *Astăzi nu numai Kevorkian a fost condamnat ci şi* ***dreptul individului la a muri*** *– adică* ***dreptul lui de a trăi*** *– ca o* ***persoană liberă.***

John Hofsess, fondatorul **Societăţii canadiene pentru dreptul de a muri** (Canadian Right to Die Society) a spus:

"Eu consider că Jack Kevorkian are rezervat un loc sigur, absolut unic în istoria secolului XX. Îl văd chiar ca rămânând în memoria oamenilor ca un erou popular".

Michael Schwartz, un alt fost avocat de-al lui Kevorkian, care joacă poker cu el şi cu Nicol în fiecare săptămână a spus:

"El era înaintea timpului său. Moştenirea lui va rămâne mult timp după el".

Scanned with OKEN Scanner

N.C. Webb, membru al **Boston Hemlock Society**, medic pensionar care susţine suicidul asistat, dar se opune euthanasiei, a spus:

"El era asemenea lui Mahatma Gandhi. El făcea lucruri nebuneşti şi călca legea pentru a atrage atenţia asupra lui, dar nimeni nu se gândea că el reprezintă un model pe care societatea trebuie să-l urmeze".

"Mişcarea pentru dreptul de a muri nu va suferi de loc. Medicii vor continua să-i ajute pe bolnavii terminali să moară în pace, dar vor fi acum grijulii ca acest lucru să nu devină public".

Sandra Milne, secretara **Societăţii de Euthanasie Voluntară** din **Queensland**, Australia, a afirmat public, inclusiv pe Internet:

"Eu mă întreb dacă Judecătoarea Jessica Cooper a stat puţin să se gândească la faptul că dacă un grup de femei nu ar fi încălcat legea la începutul acestui secol, ea nu ar fi avut astăzi nici măcar dreptul la vot, iar nicidecum nu ar fi devenit judecătoare".

Terrence Youk, fratele celui decedat a şi-a afirmat dezamăgirea asupra modului cum s-a axat procesul pe definiţia omorului, în loc să arate cu Kevorkian l-a ajutat pe Thomas să scape de suferinţă.

"Fratele meu suferea de un soi de dureri pe care medicina nu le putea îndepărta. El mi-a spus că nu ar vrea să moară, dar nici să trăiască aşa nu poate".

"Când simţi că te afli în faţa unei legi nedrepte, trebuie să îţi rişti situaţia".

Melody Youk, soţia lui Thomas Youk a spus:

"El nu voia să devină prizonierul propriului său corp".

Amândoi au declarat ziariştilor de la "**Time**":

"Noi nu am reuşit să oferim juriului vreun tablou al lui Tom şi al stării prin care el trecea. Noi îl vom susţine în continuare pe Kevorkian."

B. Susţinătorii suicidului asistat care se dezic de metodele lui Kevorkian

Membrii campaniei pentru dreptul de a muri recunosc importanţa lui pentru grăbirea dezbaterilor publice pe tema îngrijirilor de care au nevoie muribunzii. Ei au luptat pentru sensibilizarea medicilor la această problemă, pentru înfiinţarea de ospicii şi pentru aprobarea legislativă în 1997 a **Oregon's Death with Dignity Act**.

Charlotte Ross, director executiv **al Centrului Naţional pentru Moarte Demnă** din San Francisco a spus:

"Întreaga situaţie este foarte tragică, după mine. Noi am fost îngrijoraţi întotdeauna de abordarea folosită de Kevorkian, dar unele din scopurile sale au fost absolut lăudabile".

Scanned with OKEN Scanner

"Ceea ce noi susţinem sunt schimbările ce trebuie aduse legii, cu garanţii nu numai pentru recunoaşterea dreptului şi a opţiunii de a muri, ci şi pentru îmbunătăţirea asistenţei muribunzilor şi pentru a face ca instituţiile să recunoască că există o sumedenie de nevoi care nu au fost încă îndeplinite."

Dr. Timothy Quill, medic din oraşul Rochester, statul New York a devenit unul din purtătorii de stindard al celor ce susţin suicidul asistat medical în 1991, când a scris un articol despre modul cum l-a ajutat pe un pacient să se sinucidă. El este de părere că publicul este dispus să accepte paşi mai moderaţi, cum ar fi sfătuirea bolnavilor de a refuza hrana şi băutura cu scopul de a-şi grăbi moartea, lucru legal în SUA. El a afirmat despre Kevorkian:

"Cred că a existat o dorinţă crescândă din partea tuturor pentru a-l încetini sau pentru a-l opri, deoarece împingea lucrurile prea departe.

"Procesul a fost un soi de eveniment colateral (sideshow). El nu s-a referit numai la modul idiosincrazic de comportament al lui Kevorkian, ci la modul cum trebuie să luăm decizii bune în ceea ce priveşte îngrijirile terminale".

"Cred că oamenii încep să-şi dea seama că Dr. Kevorkian reprezintă doar un capăt al spectrului, ieşit din comun în felul lui. Nimeni în afară de el nu şi-ar fi pus viaţa personală şi profesională sub o asemenea analiză minuţioasă. Mi-e teamă că e pentru ultima dată când auzim de el."

Barbara Coombs Lee, director executiv al Societăţii **Compassion in Dying** din Oregon speră că publicul va face deosebirea dintre ceea ce a făcut Kevorkian în cazul Youk şi **Legea din Statul Oregon**, care permite medicilor să-şi sfârşească propria viaţă. Legi asemănătoare au fost respinse în California, Washington, iar în noiembrie 1998, în Michigan.

"Cred că această condamnare demonstrează perfect cât de parte sunt acţiunile lui faţă de curentul principal şi cât de departe sunt ele faţă de nevoile adevărate ale oamenilor."

"Eu cred că fiecare îşi dă seama că nu aşa facem noi în Oregon. Această atitudine a fost foarte senzaţională, foarte deşănţată. A fost o tentativă de a ignora în mod ostentativ legea, iar societatea nu poate tolera aceasta. "

"În ciuda acestei posturi groteşti, capacitatea lui Kevorkian de a-i atrage pe oamenii suferinzi scoate în evidenţă nevoia ca Statele să facă ceva pentru cei bolnavi terminal. Asta demonstrează cât de disperaţi pot fi oamenii."

Scanned with OKEN Scanner

"Avem nevoie de un proces cu câteva garanţii legale care să protejeze oamenii împotriva abuzurilor; un proces unde pacienţii să fie sub control".

George Eighmey, director executiv al grupului **Compassion in Dying** din Oregon, crede că această condamnare va da aripi mişcării deoarece s-a făcut pentru un caz de euthanasie, unde altcineva şi nu pacientul însuşi a administrat doza letală de medicament.

Eighmey şi alţii care susţin suicidul asistat nu acceptă euthanasia deoarece nu lasă controlul final al deciziei de a muri în mâinile pacientului. El crede că verdictul va persuada pe cât mai mulţi oameni că legile sunt necesare pentru a face din suicidul asistat ceva legal, scoţând în afara legii, în acelaşi timp, măsurile extreme. El a adăugat:

"Ştim acum care sunt limitele inacceptabile, iar ca societate ne putem îndrepta în direcţia acelor limite care sunt acceptabile. Să ne îndreptăm spre modelul mai moderat din Oregon, în locul modelului lui Kevorkian."

Reverendul Michael Bonacci, director executiv al filialei Statului Washington a Societăţii "**Compassion in Dying**" a completat:

"În comparaţie cu ceea ce face Kevorkian, mult mai mulţi oameni cred în calea noastă. Noi o facem cu mult mai puţin teatral".

Marilyn Webb, autoarea cărţii "Moartea Bună" **The Good Death**, crede că:

"Verdictul asupra lui Kevorkian a stabilit o linie clară între euthanasie şi suicid asistat medical şi aduce parametrii pentru dezbaterea publică a problemei. Euthanasia este o linie de care nimeni nu doreşte să treacă".

Carol Poenisch, a cărei mamă a fost ajutată să moară de Kevorkian, susţinătoare a Propunerii B respinsă la vot în 1998, care îl lăuda fără rezerve pe acesta în trecut, a spus:

"Eu cred că mulţi oameni îl văd pe Kevorkian ca pe o corabie care se îndepărtează în mare, dar noi nu prea dorim să urcăm pe corabia aceea".

C. Militanţii pentru metode alternative ale suicidului asistat şi euthanasiei

Într-un număr tot mai mare oamenii se preocupă de **îmbunătăţirea îngrijirii muribunzilor**, considerând că activitatea Doctorului Kevorkian este pe cale de a deveni lipsită de relevanţă. Ei pretind că

în SUA vor fi puţini cei care vor avea nevoie sau vor dori să se sinucidă, dacă dorinţele lor asupra îngrijirilor terminale vor fi formulate şi ulterior îndeplinite. Ei afirmă că, în ultimă instanţă, medicina poate face faţă nevoilor bolnavilor cronici şi pacienţilor aflaţi pe patul de moarte printr-un mai bun management al durerii, printr-o mai bună îngrijire de ospiciu (casă de sănătate), o mai mare susţinere emoţională şi spirituală şi mai mult sprijin acordat personalului de îngrijire.

Dan Tobin, medic în oraşul Albany, capitala Statului New York, a creat un program de îngrijire pentru muribunzi denumit "**Îngrijire onestă**" (Fair-Care), ce a fost introdus într-un sistem de sănătate (Jefferson Health System). El a spus:

"Noi vom crea un model nou, iar Kevorkian va deveni demodat". Noi cei din comunitatea naţională a sfârşirii vieţii facem parte dintr-un nou val, care va face ca munca lui Jack să pară nebunească, aşa cum este de fapt. Noi putem face mult mai bine."

Dr. Gregory Hamilton preşedintele unui grup din Oregon numit "**Medici pentru îngrijire cu compasiune**" (Physicians for Compassionate Care) afirmă că datorită acestui verdict, suicidul asistat va fi tot mai puţin acceptabil. El zice:

"Ei nu au câştigat. Asta dă poporului american mesajul că omorul persoanelor bolnave nu este un răspuns la problemele vieţii, că este indicat să avem legi împotriva lui şi să pedepsim pe cei care perpetuează aceste crime".

Dr. Steven Miles, medic geriatru la Universitatea din Minnesota, deşi consideră că din cauza verdictului tot mai puţini doctori vor practica suicidul asistat medical, spune că:

"Vor fi mai multe presiuni asupra legislativului pentru a-l legaliza".

"Mai avem un lung drum de parcurs până să putem fi optimişti asupra îngrijirilor terminale – controlul durerii, plata asigurărilor, îngrijirea de ospiciu, îngrijirea la domiciliu. Acum argumentul pentru o medicină paliativă devine tot mai puternic."

Dr. Cathy Blight, preşedintă Societăţii Medicale din Statul Michigan şi-a exprimat îngrijorarea că prin condamnarea lui Kevorkian se va distrage atenţia de la alternative la suicidul asistat sau la euthanasie.

D. Inamicii înfocaţi ai lui Kevorkian

Majoritatea au considerat condamnarea lui Kevorkian un eveniment de marcă, mult aşteptat şi un motiv de bucurie. Ei consideră că justiţia nu l-a condamnat numai pe Kevorkian, ci şi mişcarea pe

Scanned with OKEN Scanner

care acesta o reprezintă. Membrii grupului anti - euthanasie **Not Dead Yet** (Încă nu morţi) au jubilat în cărucioarele lor cu rotile, strigând "Yes! Yes! Yes" pe coridoarele Tribunalului Districtual din Oakland.

Diane Coleman, fondatoarea şi preşedinta organizaţiei activiste de handicapaţi motorii "Not Dead Yet", nu face nici o distincţie între suicid asistat şi euthanasie. Ea a denumit suicidul asist*handicapate. Sper într-adevăr că prin condamnarea lui Kevorkian s-a dat o lovitură mortală tăvălugului mişcării pentru euthanasie."*

"Mişcarea celor patru W" - cei albi, cei înstăriţi, cei îngrijoraţi, cei bine-mersi - (The movement of the four W's: the withe, well-off, worried and well). Ea a spus:

"În fine, am obţinut o condamnare de omor a unui ucigaş care omora în serie persoane handicapate. Sper într-adevăr că prin condamnarea lui Kevorkian s-a dat o lovitură mortală tăvălugului mişcării pentru euthanasie".

Ea îi pune la un loc cu Kevorkian şi pe reformatorii din Statul Oregon:

"Ei reprezintă faţa cea drăguţă, cea politicoasă a mişcării pentru euthanasie, dar toţi sunt din aceeaşi stofă. La urma urmei toţi sunt un pericol pentru noi".

"Suicidul asistat şi euthanasia nu sunt decât forme de discriminare mortale. Cu reducerile din bugetul pentru sănătate, pentru Ministerul Sănătăţii noi reprezentăm o povară, o problemă care trebuie rezolvată. Ei ar fi fericiţi ca noi, care avem nevoi speciale şi suntem prea costisitori, să ne punem capăt zilelor, dacă se legalizează euthanasia şi suicidul asistat. Există o tot mai mare lipsă de respect şi un dispreţ crescând faţă de noi, handicapaţii motorii. Ce s-ar întâmpla dacă ar fi vorba de copii bolnavi sau de homosexuali? Orice suferinţă poate fi îndepărtată prin moarte, doar ştiţi asta!"

Cardinalul catolic Anthony Bevilacqua, arhiepiscop de Philadelphia, a spus că verdictul reafirmă "sanctitatea vieţii".

"Uciderea cuiva pentru a-i alina durerea nu trebuie să reprezinte niciodată o opţiune. Juriul din Michigan a arătat că înţelege să apere viaţa în toate stadiile ei."

Clarke Forsythe, preşedinte al grupului **"Americanii uniţi pentru viaţă"** (Americans United for Life) spun că cei din grupul **Compassion in Dying** (Compasiune pentru cei ce mor) sunt la fel de periculoşi precum Kevorkian, deşi acţionează cu mai puţin dramatism:

"Ei sunt mai subtili şi mai puţin pe faţă, dar au aceleaşi scopuri ca ale lui Kevorkian".

Scanned with OKEN Scanner

Puncte de vedere juridice privind suicidul asistat

Dacă numai suicidul a fost apreciat la un moment dat ca un delict, nu este de mirare că suicidul asistat a fost considerat un act criminal. Legislaţiile unor state şi provincii (teritorii sau cantoane confederate) nu au fost nicidecum unitare. O clasificare formală a modului de abordare juridică are doar valoare orientativă:

A. State în care normele penale sancţionează omorul la cerere în **acelaşi mod cu crima de omor obişnuit.**

Asemenea Coduri Penale sunt cele din Luxemburg, Spania, Franţa. Jurisprudenţa franceză a sancţionat întotdeauna pe cei care săvârşesc un omor din milă. Asemenea fapte ajung, însă, în faţa **Curţilor cu Juri**, iar aceştia manifestă o **mare indulgenţă** faţă de cei care au comis omorul în asemenea condiţii.

B. State în care legislaţia reglementa posibilitatea **omorului consimţit**, cu **sancţionare atenuată doar.**

Codul Penal german reglementează pentru prima dată **omorul la cerere**. Conform cu aceste norme - *Cererea victimei trebuie să fie „explicită şi serioasă", pentru ca să poată fi luată în considerare.* Numai în această situaţie omorul la cerere era considerat o **crimă privilegiată** şi avea o sancţiune mult atenuată. Tot aici se specifica că acţiunea celui care a luat viaţa unui bolnav fără a avea consimţământul acestuia era calificată ca **omor simplu.**

Codul Penal maghiar din 1880 reglementa omorul la cerere, prevăzând de asemenea *necesitatea unei cereri serioase şi motivate* şi care să provină de la victimă. În acest caz sancţiunea era atenuată.

Codul Penal din Würtenberg din 1839 considera legal omorul consimţit, dar numai în cazul în care cererea provenea din partea unui *bolnav sau a unui rănit mortal.*

Codul Penal al cantonului Basel (Elveţia) prevedea admisibilitatea omorului la cerere cu condiţia existenţei unei cereri din partea victimei, iar **Codul Penal elveţian din 1916** impune necesitatea unei *cereri „urgente şi serioase".*

Codul Penal italian în art. 579 prevede sancţiunea atenuată în cazul *„omuciderii aceluia care consimte".* Dacă persoana care săvârşeşte fapta, la cererea aceluia care consimte să fie ucis, acţionează din milă, ea poate să beneficieze de o **circumstanţă atenuantă** conform art. 62 pct. I, dar fapta nu va rămâne nepedepsită.

Scanned with OKEN Scanner

În ţări precum Grecia, Danemarca, Islanda, Finlanda, Austria se atenuează pedeapsa pentru euthanasia la cerere.

C. State cu legislaţie penală care prevăd că **omorul la cerere nu se pedepseşte.**

Legislaţia Rusiei Sovietice din 1926. Această normă penală a fost apreciată de cei ce militau pentru recunoaşterea dreptului fiecărui om de a hotărî asupra propriei sale vieţi. Raţiunile ei de adoptare, însă, în contextul unei Uniuni Sovietice măcinată de foamete, de luptele postbelice şi de teroarea bolşevică au fost însă economico - politice şi nu etico - filosofice.

Codul penal din Elveţia din 1936 consideră că **asistarea la suicid, făcută de o persoană obişnuită sau de un medic nu se pedepseşte**, dacă nu este făcută din motive oneroase.

D. State în care jurisprudenţa nu este unitară în soluţionarea cauzelor de omor la cererea victimei. De regulă, instanţele consideră aceste fapte ca omor sau omor atenuat, dar mai există şi excepţii. În destul de numeroase cazuri din Europa şi America, instanţele au pronunţat achitări ale celor inculpaţi pentru fapte de omor comise din milă sau la cerere. Alte state consideră acest delict ca omor prin imprudenţă, altele îl tratează ca un delict minor şi solicită plata unei amenzi.

Analiza situaţiei din **Canada** poate fi ilustrativă din acest punct de vedere. În **Codul de Etică Medicală** canadian se precizează:

„Nu voi oferi nimănui un medicament ce provoacă moartea, nici nu voi sugera acest lucru nimănui care îmi cere".

Trei secţiuni din **Codul Penal din Canada** sunt relevante:

14. *Nici o persoană nu trebuie să consimtă să i se cauzeze moartea, iar un asemenea consimţământ nu diminuă responsabilitatea penală a oricărei persoane care cauzează moartea altei persoane, în urma acordului, a consimţământului liber exprimat.*

215. *Fiecare are datoria de a asigura menţinerea vieţii unei persoane incapabile să facă acest lucru din motive de boală fizică, psihică sau alte motive.*

241. *Oricine îndeamnă o persoană la sinucidere sau este complice la sinucidere (prin ajutor şi încurajare), se face vinovat de un delict grav şi va fi propus pentru 14 ani de închisoare.*

Realitatea medicinei moderne este că medicii practică euthanasia pasivă; nu toţi fac acest lucru, dar rar se întâlneşte un doctor care la cererea pacientului, a familiei sau cu acordul lor nu a între-

Scanned with OKEN Scanner

rupt suportul tehnologic al vieţii. Studiile arată că mulţi medici au stabilit doze specifice pentru a pune capăt vieţii în cazul bolilor incurabile, în stadiu avansat. Suicidul asistat sau întreruperea vieţii cuiva în mod intenţionat, chiar pentru a-i reduce suferinţa este un delict.

Situaţia în care medicii decid să întrerupă tratamentul, practicând euthanasia pasivă, este mai discutabilă, căci pe de altă parte, cetăţenii canadieni au **dreptul să refuze tratamentul medical**, au dreptul să hotărască ce tratament acceptă sau refuză, chiar dacă este ştiut că refuzul procedurilor de menţinere a vieţii duce la moarte sigură.

Drepturile acestea sunt stipulate în „**Cartea Canadiană a Drepturilor şi Libertăţilor Omului**".

Codul penal din Quebec accentuează acest principiu. Aşa se explică refuzul transfuziilor de sânge la Martorii lui Jehova.

Rămâne încă să fie dezbătută problema esenţială:

Cum pot fi trataţi cei care sunt în viaţă, dar care consideră că această viaţă nu are perspective de ameliorare şi nu merită a fi trăită?

În legislaţia actuală canadiană, cine doreşte să moară din aceste motive poate apela la sinucidere sau, dacă o poate face (fiind conştient), refuză tratamentul ce îl menţine în viaţă. De multe ori, însă, bolnavul nu are capacitatea şi posibilitatea să se sinucidă, iar, în cele mai multe cazuri, moartea este deosebit de penibilă pentru bolnav şi cei apropiaţi.

O altă chestiune ridicată a fost dacă trebuie să se facă legalizarea suicidului asistat (cu furnizarea inclusiv a mijloacelor de sinucidere) şi a euthanasiei active voluntare, la cererea pacientului.

Comisia pentru reformă a legii canadiene a pus această problemă în 1982-1983. În 1983 **Raportul Comisiei de Reformă a Dreptului** din Canada a făcut precizări asupra **noţiunilor de euthanasie şi suicid asistat şi întreruperea tratamentelor de susţinere a vieţii**, recomandând guvernului următoarele:

- *Comisia se pronunţă împotriva legiferării sau dezincriminării euthanasiei voluntare sub toate formele sale şi recomandă ca ea să fie considerată în continuare ca fiind un homicid voluntar.*
- *Comisia recomandă ca administrarea morţii prin compasiune să rămână asimilată cu homicidul, iar nici o dispoziţie formală nu trebuie să prevadă un tratament diferenţiat pentru acest tip de homicid.*
- *Comisia recomandă ca suicidul asistat să fie considerat în continuare ca fiind o crimă.*

Scanned with OKEN Scanner

În 1991 un membru al **Parlamentului canadian** supunea votului un proiect de lege care se opunea acestor recomandări şi care viza **legiferarea euthanasiei în Canada**. Proiectul de lege C-261 legaliza în anumite condiţii administrarea euthanasiei persoanelor care o solicitau, dacă erau atinse de o afecţiune iremediabilă, aceasta consistând în abţinerea de la tratament sau întreruperea tratamentului de prelungire al vieţii. Se propunea, ca obiectiv principal, amendarea *Codului Penal*, iar obiectivul secundar era cel de protejare a medicilor care nu doresc, conform conştiinţei şi experienţei lor profesionale, să mai administreze astfel de tratamente.

Proiectul legii C-261 nu definea euthanasia, ci propunea mai degrabă o încadrare a practicii sale. După acest proiect, orice persoană de minimum 18 ani care suferea de o afecţiune incurabilă putea cere în scris un **„arbitraj de euthanasie"** care i-ar permite eliberarea un **„certificat de euthanasie"**. Această *comisie de arbitraj* numită de procurorul general l-ar chestiona pe solicitant şi pe medicii acestuia. Dacă ea ajunge la concluzia că solicitantul înţelege bine obiectivul cererii sale şi că o face liber consimţit, emite un certificat de euthanasie. Acest certificat ar fi în consecinţă prezentat unui medic îndrituit, care ar administra euthanasia. Presupunând că acest certificat ar fi refuzat, solicitantul ar putea aduce cauza sa în faţa *Curţii de apel*, în faţa procurorului general. Proiectul de lege cuprindea exemple de formulare a cererii şi de certificate medicale de trimis la arbitraj.

Proiectul de lege C-261 a fost dezbătut în timpul perioadei prevăzute, dar nu a fost supus votului. După regulile *Camerei Comunelor*, nu putea fi discutat în continuare în cursul sesiunilor parlamentare. S-a ţinut cont de reticenţa generală a legislatorilor canadieni de a trata chestiunile controversate de bioetică. Este probabil că guvernul va continua să urmeze recomandările **Comisiei de reformă a Dreptului** şi va menţine interzicerea euthanasiei.

În **cazul Rodriguez versus Canada**, din 1993, o femeie tânără ce suferea de SLA (boala lui Lou Gehrig) a cerut permisiunea Curţii Supreme a Canadei ca să primească asistenţă la suicid, dar a fost refuzată, cu o majoritate restrânsă. Curtea a susţinut că prin Carta Canadei se garantează fără nici o excepţie dreptul de a refuza tratamentul şi de a întrerupe tratamentul, dar nu şi acordarea dreptului la suicid asistat medical.

Au existat şi alte cazuri mediatizate ale unor persoane bolnave în stadiu terminal care au solicitat asistenţă medicală pentru suicid.

Scanned with OKEN Scanner

În anul 1995, un Comitet senatorial a trecut în revistă situaţia şi a recomandat guvernului federal să nu ia atitudine. Ei au recomandat să se introducă în Codul Penal (The Criminal Code) o nouă categorie juridică de **"omor din compasiune" pentru cazurile de euthanasie non - voluntară**. Societatea **Dreptul de a muri** din statul Victoria doreşte să se extindă pe tot teritoriul ţării, iar de la sfârşitul anului 1997 şi-a deschis filiale în Montreal şi alte oraşe mari. Ei au instalat un număr de telefon naţional gratuit pentru a oferi sfaturi.

Un fermier din statul Saskatchewan, **Robert Latimer**, a fost judecat pentru omorul din milă a fiicei sale grav bolnave în octombrie 1997. El a fost găsit vinovat de omor de gradul doi (asimilat oarecum cu omorul din culpă), care conform legii canadiene se pedepseşte cu minimum 10 ani închisoare. Juriul a stabilit că ar putea fi eliberat pentru bună purtare doar după un an de zile. La această sentinţă s-a făcut apel la mai multe curţi.

Ministrul justiţiei, Anne McLellan a afirmat că guvernul federal ar putea permite reducerea sentinţelor pentru condamnaţii la omor de gradul doi, dar nu are nici o intenţie să legalizeze nici euthanasia, nici suicidul asistat. Ea a arătat că a renegat o promisiune făcută de predecesorul ei, de a ţine un vot deschis în Camera Comunelor asupra suicidului asistat de medici.

Camera Comunelor a Canadei a respins cu un vot de 169 la 66 o **moţiune** introdusă pe 25 martie 1998, pentru studiul suicidului asistat de către o Comisie Parlamentară. Doamna ministru a justiţiei a afirmat că un asemenea studiu nu este necesar, deoarece a fost făcut doar cu trei ani în urmă sub supravegherea senatului.

Russel Ogden a raportat câteva cazuri de euthanasie ilegală în care prietenii unor bolnavi de SIDA, i-au ajutat pe aceştia să moară.

În acelaşi timp, deoarece evenimentele care se derulează în Statele-Unite influenţează politica Canadei, ne putem gândi că mişcarea canadiană în favoarea modificării actualei politici va lua amploare dacă euthanasia va fi legiferată acolo.

Deşi suicidul asistat continuă să fie ilegal în câteva state (în timp ce sinuciderea nu), acest lucru este privit ca un anacronism, nu ca o lege ce trebuie luată în serios. Oricum, problema stă diferit în cazul suicidului asistat şi a euthanasiei active voluntare.

Pe 10 ianuarie 1999, **Canadian News Bulletins** de pe Internet anunţă: **"Un bătrân de 80 de ani din Winnipeg, Manitoba este adus la judecată pentru suicid asistat"** (Eighty-year-old man to stand trial for assisted suicide).

Scanned with OKEN Scanner

La audierea preliminară s-a hotărât că **Bert Doerksen** va fi judecat pentru acuzaţia că a ajutat-o pe soţia sa care agoniza, Susan, în vârstă de 78 de ani, să se sinucidă pe 26 noiembrie 1997. Susan Doerksen suferea de artrită reumatoidă, dureri spondilogene, cardiopatie şi cancer. Ea a fost găsită inconştientă în maşina lor din garajul familiei. Judecătorul **Arnold Conner** a decis că există suficiente probe ca juriul să poată delibera. În cuvântul de încheiere, procurorul regal **Brian Wilford** a spus că în afară de compasiunea pe care o simte oricine pentru Doerksen, care are şi el cancer, sau de orice s-ar putea spune despre instituţia procuraturii, probele sunt suficiente pentru proces, dar vor fi dezvăluite treptat. Avocatul apărării **Martin Glazer** a spus că în acest caz, clientul său se simte ca o victimă. El a spus că această speţă ilustrează injustiţia legii în vigoare asupra suicidului asistat din Canada. El a spus că speră ca un juriu să nu-l găsească vinovat, referindu-se la posibilitatea judecării în mai multe instanţe. Procesul a început pe 10 februarie 1999.

În **Anglia** pe 26 februarie 1999, **Vicki Wood**, o membră a **Societăţii de euthanasie voluntară din Anglia şi Ţara Galilor** (Voluntary Euthanasia Society of England and Wales) a fost condamnată la doi ani de închisoare cu suspendare şi supraveghere juridică deoarece a tentat să-i ia viaţa soţului ei grav bolnav. Tim Wood suferea de demenţă de mai mulţi ani, dar anterior îşi exprimase clar că nu doreşte să trăiască în asemenea condiţii. El era internat într-un centru de îngrijire când Vicki l-a luat acasă şi a încercat să-l ajute să-şi ia zilele. Vicki a petrecut o săptămână în închisoare în 1998 imediat după tentativa nereuşită, când autorităţile au considerat că reprezintă o ameninţare pentru soţul ei. Membrii societăţii fac o campanie pentru a-i susţine imaginea femeie cinstită care doreşte doar binele soţului ei după propria lui voinţă.

Scanned with OKEN Scanner

Legislaţia actuală în suicidul asistat

În majoritatea ţărilor apar probleme în sfera dreptului constituţional, a legilor penale, dar şi a legilor civile care privesc daunele personale.

În timp ce **decizia pacienţilor se bazează pe dreptul lor la autonomie** şi autodeterminare, **sunt neglijate alte drepturi**, de exemplu cel la îngrijirea familiei, la îngrijirea sănătăţii.

În încă multe state, normele penale fac din ajutorul dat unei sinucideri o **crimă**. În virtutea unei astfel de legi *pot fi învinuiţi atât medicii, cât şi membrii familiei* pacientului, în funcţie de gradul în care sunt implicaţi în acordarea de ajutor la sinucidere.

Din 1967 există documente care stabilesc ce este de făcut pentru întreruperea vieţii în cazul în care bolnavul ar fi în imposibilitatea de a mai cere acest lucru, ca urmare a avansării bolii. Aceste documente **(living wills = voinţele exprimate pentru timpul vieţii)**, pot stipula ca medicii *să nu insiste pentru menţinerea vieţii* prin conectarea la vreo aparatură, în cazul s-a diagnosticat o boală incurabilă, aflată în fază terminală.

Valoarea acestui tip de „testament pentru când voi fi încă în viaţă" este mereu în dezbatere, iar personalul medical trebui să fie informat dacă pacientul a semnat un asemenea act. Alţi factori demni de luat în consideraţie ar fi:

- *Ce se face dacă vreo rudă a bolnavului va cere spitalului să treacă cu vederea peste actul întocmit la cererea lui?*
- *Cât de departe se poate merge pe baza acestui act în tentativa de a-l împiedica pe medic să comită un delict faţă de lege?*
- *Dacă dorinţele exprimat apar doar pe o casetă audio?*

LEGEA DIN ELVEŢIA

Sistemul juridic din **Confederaţia Helvetică** are o lege aflată în vigoare de 60 de ani, în baza căreia se îngăduie suicidul asistat de altcineva (nu numai cel asistat de medic).

În **Elveţia**, a fost înfiinţată în 1982 **Societatea Elveţiană pentru a muri uman - EXIT**. Membrii ei au avut o iniţiativă legislativă de legiferare a euthanasiei. Dezbaterile organizate de **Consiliul elveţian** au scos în evidenţă dificultăţile ce există în utilizarea termenilor, întrucât, noţiuni ca euthanasie activă sau pasivă, terapie intensivă, dreptul la moarte sunt întrebuinţate diferit de diferiţi autori.

Scanned with OKEN Scanner

Respingerea iniţiativei s-a făcut în ideea că funcţiona deja o lege suficient de permisivă. S-a evidenţiat că **o astfel de lege este necesară**, pe de o parte *pentru a proteja bolnavul contra lipsei de îngrijiri* (pentru a nu fi considerat mort înainte de moartea reală), iar pe de altă parte *pentru a preveni* o *„exagerare de îngrijiri medicale (menţinerea inutilă prin reanimare doar a unor funcţii biologice, în ciuda abolirii definitive a unor funcţii vitale)"*.

Profesorul Meinrad Schaer, medic pensionar, unul dintre fondatori şi preşedintele actual al **„EXIT', Society for Human Dying, Switzerland"** predă la catedra de Medicină socială şi preventivă de la Universitatea din Zürich de peste 20 de ani şi a fost pentru o perioadă director-adjunct al Oficiului Federal Elveţian de Sănătate Publică. În discursul său la **Cea de a XI-a Conferinţă Mondială a Societăţilor pentru Dreptul de a Muri** ţinută la Melbourne, Australia în 1996 el a făcut un raport asupra legalităţii şi practicii suicidului asistat în Elveţia. Pentru a fi mai elocvent, el a prezentat şi câteva cazuri concrete ce ilustrau modul de procedură.

În timp ce în S.U.A. există controverse juridice şi lupte politice privind legalitatea suicidului asistat, sistemul legal elveţian a acceptat tacit această practică încă de înainte de Cel de al Doilea Război Mondial. Spre deosebire de practica din Olanda, Oregon, Australia de Nord şi de diversele propuneri ce provin din unele state, unde suicidul asistat se limitează la cel asistat medical, legea elveţiană permite, iar Societatea Exit practică asistarea suicidului de către profani.

Deşi **legea elveţiană permite atât medicilor cât şi persoanelor fără vreo calificare medicală să asiste la sinucideri**, Academia Elveţiană de Ştiinţe Medicale, asemenea multor organizaţii medicale, inclusiv Asociaţia Medicală Americană - AMA, se opune ca medicii să-i ajute pe pacienţi să moară. Legea elveţiană stipulează că persoana care asistă suicidul o face doar pentru raţiuni umane, fără să aştepte vreun câştig personal.

Regulile Societăţii EXIT *cer ca cel care solicită asistarea la suicid să fie:*

- *în vârstă de cel puţin 18 ani*
- *rezident în Elveţia*
- *competent din punct de vedere mintal*
- *suferind de probleme de sănătate intolerabile*

De asemenea se impune ca:

Scanned with OKEN Scanner

- *Cererea pentru acest serviciu să fie făcută personal.*
- *Societatea EXIT să se convingă că în luarea deciziei nu există nici o coerciţie sau vreo influenţă a unui terţ.*

Un medic care lucrează la Societatea EXIT analizează cererea şi decide dacă se poate oferi sau nu asistenţa. În cazurile dubioase, decizia va fi luată de o **comisie** formată dintr-un medic internist, un psihiatru şi un jurist.

Procedura suicidului asistat se desfăşoară în modul următor: Un membru al echipei EXIT îi dă pacientului să ia mai întâi un anti - emetic (2cp de Dramamine Q), iar după o jumătate de oră să ia 10 grame de pento-barbitat de sodiu. În mai puţin de 5 minute, pacientul cade într-un somn profund, iar în aproximativ două ore, cu puţine excepţii, va muri liniştit. Membrul echipei stă până ce survine moartea indusă, iar de faţă este prezent un martor, de obicei o rudă apropiată.

Imediat după ce a survenit moartea, este informată poliţia, iar ei anunţă oficialităţile adecvate - procurori, procurori criminalişti, criminologi - care trec pe la locul faptei să stabilească dacă legea a fost violată sau nu.

De la înfiinţarea Societăţii EXIT din 1982, **nici un colaborator nu a fost vreodată urmărit de justiţie** pentru participarea la suicid asistat.

Situaţia asistenţei oferite de Societatea EXIT membrilor ei în 1996 se vede din următorul tabel:

	Bărbaţi	Femei	Total
Numărul aplicaţiilor	68	143	211
Aplicaţii aprobate de medicul EXIT	63	114	177
Aplicaţii neaprobate	5	29	34
Suiciduri duse la îndeplinire	44	75	119
Suiciduri în aşteptare	19	39	58

Se precizează că **16% din cererile pentru asistenţă la suicid au fost refuzate** datorită unei boli psihice sau pentru că cererea nu era suficient motivată.

Pe criteriul **diagnosticului**, cazurile pot fi împărţite după cum urmează:

Scanned with OKEN Scanner

	Bărbaţi	Femei	Total
Cancer	24	31	55
B. neurologice (Scl. multiplă, Park., Atrof. musc. pr.)	4	11	15
Boli cardio-vasculare	2	9	11
SIDA	8	1	9
Alte boli	5	13	18
Total	44	75	119

Cancerul rămâne motivul principal pentru a solicita asistenţa la suicid. Aproximativ 60% din bolnavii de cancer aveau peste 65 de ani.

Intervalul trecut între ingestia barbituricului şi survenirea morţii a fost în cele 119 de cazuri de suicid asistat:

- Mai puţin de 15 minute 25%
- 15-30 minute 44%
- 31-60 minute 25%
- 1-2 ore 4%
- Peste 2 ore 2%

Toţi pacienţii care au luat barbituricul au murit. Într-un caz, moartea unui pacient care avea tulburări digestive a survenit doar după 7 ore.

După datele furnizate de **Oficiul Federal Elveţian de Statistică**, un **studiu comparativ asupra morţilor** prin suicid în Elveţia între anii 1990 şi 1995 arată cam aşa:

Scanned with OKEN Scanner

	Total 1990	Total 1995	Bărbaţi	Femei
Număr total de morţi	63.739	63.387	31.621	31.766
Sinucideri (de toate felurile)	1.467	1.419	1.018	401
Suicid prin otrăvire	285	235	116	119
Medicamente	15	16	8	8
Substanţe psihotrope	119	116	48	68
Alte otrăvuri	151	103	60	43
Alte metode de suicid	1.222	1.142	872	260
Prin spânzurare	350	382	295	87
Prin înec	132	99	44	55
Prin împuşcare	359	392	370	22
Aruncarea în faţa unui vehicul	108	141	87	44
Prin aruncare de la înălţime	172	128	76	52
Alte moduri	70	42	30	22

Numărul membrilor EXIT care solicită suicid asistat creşte de la an la an. Nu există, însă, o creştere corespunzătoare a numărului total de sinucideri din Elveţia, care să sugereze că acei care aleg să se sinucidă sunt mai numeroşi datorită utilizării ajutorului dat de EXIT.

Vom prezenta câteva cazuri de suicid asistat din Elveţia, din cursul anului 1997, dintre cele 14 raportate de Prof. Dr. Schaer de la **Societatea EXIT** pe Internet:

Pacientul Andre C. (n. în 1949);

Domiciliul: Zürich; Diagnostic: SIDA, stadiu avansat (III c)

Un medic cu funcţie de conducere de la un ospiciu (casă de sănătate) pentru bolnavi de SIDA mi-a atras atenţia asupra unui pacient care era într-o stare de sănătate deplorabilă. În aceeaşi zi l-am vizitat pe bolnavul grav şi am discutat cu el personal.

Domnul C. era hemiplegic şi avea dificultăţi de vorbire. El a înţeles totul şi s-a exprimat cât se poate de clar că nu mai doreşte nici un alt tratament în afară de cel paliativ. El scrisese medicului de familie şi celor doi fraţi ai săi care locuiau în vestul ţării, informându-i despre decizia lui de a se sinucide cu ajutorul Societăţii EXIT. Toţi cei amintiţi, inclusiv medicul responsabil al ospiciului pentru bolnavii SIDA vedeau suicidul asistat ca singura soluţie pentru a face să-i înceteze durerile de nesuportat.

Scanned with OKEN Scanner

Câteva zile mai târziu, pacientul a fost adus în fotoliu rulant în apartamentul său, unde a avut loc euthanasia în prezenţa celor doi fraţi ai săi. La două minute după ce a luat barbituricul, Dl.C. a adormit şi după alte opt minute era deja mort.

Pacientul Samuel B. (n. în 1923)

Domiciliul: Zürich; Diagnostic: Scleroză laterală amiotrofică (SLA)

La sfârşitul anului 1993, Samuel B., un pianist de concert de faimă internaţională a început să nu-şi mai poată mişca picioarele. În foarte scurt timp el era deja parţial paralizat. Neurologul l-a diagnosticat cu SLA pe baza examenului clinic şi a electro-mielografiei, prognosticându-i o evoluţie cronică progresivă şi un posibil sfârşit fatal prin paralizia muşchilor respiratori. Doi ani mai târziu picioarele pacientului erau total paralizate, el fiind obligat să folosească un fotoliu rulant. Treptat au început să-i paralizeze muşchii peretelui abdominal şi ai spatelui. Pacientul suferea de dureri insuportabile. Din când în când şi mai ales noaptea, respiraţia îi devenea dificilă. El nu pute lua opiacee pentru durere, deoarece acestea îi accentuau depresia respiratorie.

În ianuarie 1997 el a cerut să fie ajutat cât de curând posibil, deoarece condiţia lui se deteriora vizibil. Când l-am vizitat era deja evident că prezenta inclusiv tulburări de deglutiţie. Am stabilit o dată ulterioară, deoarece pacientul avea de rezolvat nişte treburi de familie înainte de a fi pregătit pentru a muri. Câteva zile mai târziu asistarea sinuciderii (euthanasia) a avut loc cu un medic de la EXIT, exact cum ceruse pacientul. Şapte minute după ce a luat barbituricul, Samuel a murit în braţele soţiei sale. Toţi cei prezenţi au fost uşuraţi de faptul că el a fost scutit de suferinţă, de dureri intolerabile şi sufocări.

Pacientul Jakob H. (n. în 1929)

Domiciliul: Zürich ; Diagnosticul: Arterită obliterantă

Domnul şi doamna H. m-au sunat la birou. Domnul Jakob H. şchiopăta, iar soţia lui trebuia să-l ajute atunci când se deplasa. El dorea să moară cu ajutorul Societăţii Exit cât de curând posibil, pentru că abia mai suporta durerea din picior. Durerea era provocată de tulburările circulatorii, dar domnul H. refuza să i se amputeze piciorul, o etapă care devenea inevitabilă, mai devreme sau mai târziu.

Scanned with OKEN Scanner

În timpul nopţii nu reuşea să doarmă mai mult de o oră, iar aceasta doar în şezând pe un scaun. Câteva degete de la picioare erau deja necrozate, iar pe glezna dreaptă avea o tumefiere ulcerată urât mirositoare.

De zeci de ani domnul H. era un fumător înrăit, fără să acorde atenţie sfaturilor repetate şi argumentate ale familiei şi medicilor de a renunţa la fumat. Nimic nu l-a putut face să renunţe la această pasiune distructivă. Diagnosticul de Endangeită obliterantă era confirmat radiologic şi angiologic.

Sinuciderea asistată a fost aranjată pentru data de 22 mai 1997. Când am sosit cu asistentul de suicid, domnul H., ca un "play boy" bătrân ce era ne-a primit extrem de jovial, poate chiar euforic oarecum, în vreme ce soţia lui era mai degrabă rezervată. Dl. H. s-a întreţinut cu toată lumea prezentă (soţia, fiul şi fratele lui, o pereche de prieteni, asistentul de suicid care era cam lipsit de experienţă şi cu mine) la un fel de "petrecere de adio" la barul din casa lui.

După ce a luat antiemeticul, ultima dorinţă a pacientului a fost să fumeze o ultimă ţigară. La 15 minute după ce a luat barbituricul, J. H. a murit liniştit în mijlocul familiei şi prietenilor de stop respirator şi cardiac.

Pacienta Wily B. (n. în 1926);

Domiciliul: Un oraş industrial din zona Zürich-ului. Diagnosticul: Cancer de pancreas cu multiple metastaze.

O asistentă de suicid, colaboratoare a Societăţii EXIT mi-a povestit de o femeie bolnavă grav, care i-a cerut ajutorul. Pacienta suferea de cancer al pancreasului care îi determinase obstrucţie intestinală. Ea nu mai putea lua nici lichide, nici solide, încât singura cale de administrare a barbituricului a fost cea de perfuzie intravenoasă. Medicul ei de familie a fost de acord şi i-a pregătit soluţia de perfuzie. Apoi el şi-a lut rămas bun de la bolnavă şi de la fiica ei.

Administrarea barbituricului pe cale intravenoasă nu este o metodă obişnuită de suicid. De aceea, doi reprezentanţi EXIT, un medic şi un profan împreună cu fiica pacientei au asistat la administrarea perfuziei. Pacienta a fost instruită cu să folosească robinetul cu trei căi care controlează perfuzia. După ce ea l-a închis, barbituricul a fost injectat în soluţia de perfuzie, iar apoi tot ea l-a deschis. După două minute ea a căzut într-un somn adânc, căscând liniştit. După şapte minute respiraţia şi pulsul s-au oprit.

Scanned with OKEN Scanner

Nici procurorul criminalist şi nici magistratul care a examinat cazul nu şi-au exprimat vreo îngrijorare despre metoda neobişnuită de suicid asistat folosită în acest caz. Fiica îndoliată era uşurată că mama ei a fost scutită de alte suferinţe şi că a putut trece împăcată în lumea cealaltă.

Pacienţii anonimi - pacienta A (n. în 1911) şi pacientul B (n. în 1913)

Domiciliul: Lago Maggiore, Ticino ; Diagnostice:

A: Metastaze multiple de la cancer de sân

B: Endangeită obliterantă (tabagism)

Cuplul de căsătoriţi şi-au dorit să moară împreună. Ei fuseseră nişte oameni de afaceri bogaţi din afara Elveţiei, dar hotărâseră să se retragă într-o vilă pe malul Lacului Maggiore. Acuma erau amândoi bolnavi şi sufereau mult.

Soţia (A) avusese două mastectomii pentru ambii sâni, iar acuma era invadată de metastaze osoase la nivelul coloanei vertebrale, coastelor şi pelvisului.

Soţul ei (B) suferea de durerile mari la nivelul picioarelor date de tulburările circulatorii provocate de fumat. Medicul lor de familie le-a confirmat diagnosticele şi prognosticele fără speranţa de a le ameliora durerile, dar a refuzat să le prescrie doze fatale de barbituric.

După ce managerul EXIT s-a asigurat de îndeplinirea tuturor criteriilor necesare pentru asistarea suicidului, a trimis la Ticino doi asistenţi de suicid cu scopul de a asista o sinucidere simultană. La început pacienta A şi pacientul B erau în camere separate, deoarece îşi exprimaseră dorinţa să vorbească fiecare în parte cu asistentul său respectiv. Apoi ei s-au întins unul lângă altul pentru a trece împreună "dincolo". Amândoi erau plini de laude pentru modul cum au fost susţinuţi de EXIT în ultimele ore dinaintea morţii. Unica lor fiică şi-a luat rămas bun de la părinţii ei, iar după ce au luat barbituricul ei au murit liniştiţi respectiv la 10 şi la 20 de minute.

Deoarece suicidul este ceva rar la Ticino şi pentru că poliţia nu se mai aflase în faţa unui asemenea caz şi nu ştia cum să procedeze, magistratul care a examinat cazul a cerut raportul unui procuror criminalist care s-a dovedit satisfăcător.

Ca o urmare firească a raportului Prof. Dr. Martin Schaer, oraşul Zürich a găzduit pe 12 -15 octombrie 1998, **Cea de a XII-a Conferinţă Internaţională a "Federaţiei Mondiale a Societăţilor pentru Dreptul**

Scanned with OKEN Scanner

de a Muri" (The 12th International Conference of the „World Federation of Right to Die Societies").

Dezbaterile epistemologice din cursul Conferinţei au dus la necesitatea unor precizări principiale, pentru a evita pe viitor contrazicerile neproductive.

În cadrul lucrărilor, medicii şi surorile care au participat au declarat că euthanasia şi suicidul asistat trebuie să fie disponibile în mod legal pentru adulţii care suferă de **"severe and enduring distress"**. În limba engleză **distress** înseamnă deopotrivă **durere, anxietate, supărare** şi se foloseşte şi pentru a desemna **necazuri, tulburări**. Mai precis, în opinia lor exprimată foarte clar, nu este nevoie neapărat de un diagnostic ferm de boală incurabilă, ci doar de existenţa acestei "stări grave şi de durată", pentru a se pune problema de "asistare a morţii". Ei au declarat că opţiunea pentru acest mod de sfârşire a vieţii trebuie să fie disponibilă chiar dacă persoana aflată în suferinţă primeşte o îngrijire excelentă cuprinzând şi controlul durerii pentru o boală fizică.

Apărătorii dreptului de a muri susţin că o persoană supusă unor probleme fizice, mintale, emoţionale, economice sau familiale este îndreptăţită să primească o supra - doză fatală sau o injecţie letală, în măsura în care "distress"-ul (suferinţa) derivată din aceşti factori este considerată "gravă şi de durată".

Participanţii la această Conferinţă au redactat un document intitulat **"Declaraţia de la Zürich asupra asistării morţii"** şi au invitat pe toţi militanţii pentru dreptul de a muri să semneze declaraţii similare. În textul ei se scrie:

"Noi suntem profesionişti în domeniul medicinei care am participat la A XII-a Conferinţă Internaţională a Federaţiei Mondiale a Societăţilor pentru Dreptul de a Muri, ţinută la Zürich între 12 şi 15 octombrie 1998.

Noi credem că avem o responsabilitate majoră ca să dăm asigurarea că va fi posibil în mod legal pentru toţi adulţii, suferind de o stare gravă şi de durată caracterizată prin durere, anxietate, supărare, să primească ajutor medical pentru a muri, dacă aceasta este cererea lor persistentă, voluntară şi raţională. Atragem atenţia că o asemenea asistenţă medicală este deja permisă în Olanda, Elveţia şi Oregon, SUA.

Nouă ne sunt cunoscute diversele scenarii ce survin la sfârşitul vieţii. Noi ştim că dacă noi înşine ne-am afla în asemenea situaţii,

Scanned with OKEN Scanner

mulţi dintre noi ar avea cunoştinţe pentru a dobândi auto-eliberarea, dar dorim să extindem acest privilegiu şi pacienţilor noştri. Noi nu trebuie să ne abandonăm niciodată pacienţii în acest moment deosebit de critic. Îngrijirile paliative excelente nu trebuie să excludă dreptul de a alege să mori asistat.

În ultimii zece ani, un număr tot mai mare de medici şi surori din diferite state au afirmat, în mod public şi curajos, că i-au ajutat în mod activ pe pacienţii lor să moară, deşi era ilegal.

Acum, noi, în calitate de practicieni ai medicinei, trebuie să ne afirmăm sprijinul pentru a muri asistat şi adeziunea noastră la acest mod de tratament uman.

De aceea, noi sprijinim dreptul pacienţilor adulţi, competenţi, care suferă în mod grav, să ne ceară asistenţă, dacă o vor face în mod persistent.

Noi ştim că mulţi dintre practicanţii profesiunii medicale de pe tot cuprinsul lumii ne împărtăşesc punctele de vedere şi le cerem să facă declaraţii similare.

14 octombrie 1998 Semnează:

Anne Clees, M.D., Luxemburg - medic
Henri Clees, M.D., Luxemburg - medic
Jan Hoogendam, M.D., Olanda - medic
Richard MacDonald, M.D., SUA - medic
Wilhelmina Hoogendam-Lanting, M.D., Olanda - medic
Meinrad Schar, M.D., Elveţia - medic
Martine Cornelissen, Olanda - psiholog
Eve Howett, R.N., Anglia - asistentă medicală
Aycke Smook, M.D., Olanda - medic
Rosemary Dewick, R.N., Australia - asistentă medicală
Michael Irwin, M.D., Anglia - medic
N.C. Webb, M.D., SUA - medic
Janny Feiertag-Veldman, R.N., Olanda - asistentă medicală
Osamu Ishikawa, M.D., Japonia - medic
Peter Wright, M.B., Anglia - biolog medical
Alberto Gottlieb, M.D., Italia - medic
***Philip Nitschke, M.D., Australia** - medic, inventator al unei maşini de sinucis*
Corien Zwietnik, R.N., Olanda - asistentă medicală.

Scanned with OKEN Scanner

LEGEA DIN TERITORIUL AUSTRALIEI DE NORD

Pe întregul continent Australia există o mişcare socială, de emancipare umană, care se desfăşoară concomitent cu o campanie ecologică de protecţie a biosferei, a speciilor unicat de faună şi floră aflate în pericol, mai ales prin ignoranţă şi indiferenţă. Nu era cu putinţă ca drepturile omului să nu devină obiect de dezbatere a conştiinţelor înflăcărate ale teoreticienilor inovatori în "morala şi filosofia practică". Ideile acestora o iau înainte uneori chiar faţă de cele ale confraţilor europeni, americani şi canadieni. Nu este de mirare că unul dintre cei mai cunoscuţi şi dinamici bioeticieni din Noua Zeelandă este australianul **Darryl Macer** cu studii la Oxford, care activează şi în Japonia. Abordările bioetice sunt în mod necesar făcute şi asupra problemei suicidului asistat.

În Australia de Sud funcţionează **Societatea Sud Australiană de Euthanasie Voluntară - SAVES** (South Australia Voluntary Euthanasia Society) care militează pentru schimbarea legii în Australia de sud de aşa fel încât, cu garanţii de siguranţă clare, aducerea mai precoce a morţii să fie o opţiune de ultimă resursă în practica medicală. Aceste circumstanţe includ cererea liberă şi informată a pacientului şi exercitarea liberă a judecăţii profesionale medicale şi a conştiinţei medicului. Ei afirmă că:

- *Există printre noi oameni ale căror circumstanţe personale şi perspective de viaţă, îi determină ca în mod raţional să aibă în vedere o moarte indusă medical.*
- *Este greşit să refuzi această opţiune în toate circumstanţele.*
- *Euthanasia voluntară este pentru unii o ieşire de urgenţă cerută cu disperare.*

Deşi ideile **Sudului** erau şi sunt încă susţinute de un număr semnificativ de oameni, **Nordul** a fost mai pragmatic în implementarea unei legislaţii permisive pentru suicidul asistat medical.

Teritoriul Australiei de Nord, este o regiune imensă din Australia (a şasea parte din suprafaţa continentului), dar cu o densitate a populaţiei relativ rară (doar 168.000 de locuitori) unde a fost mai uşor de operat cu legislativul.

Legea a fost iniţiată ca **Proiectul pe 1995 al drepturilor celor bolnavi terminal** (Rights of the Terminally Ill Bill 1995), de un mic grup care pleda pentru dreptul de a muri şi sponsorizată de **Marshall Perron**.

Scanned with OKEN Scanner

Proiectul nu a fost rodul muncii vreunei societăţi pro - euthanasie, dar a fost susţinut de **Societatea Medicilor pentru reformă** (Doctors Reform Society), iar lui i s-au opus **Asociaţia Medicală Australiană** şi mai multe grupuri *pro-life*. Legea a fost pusă în vigoare la 1 iulie 1996 de Curtea Supremă de Conducere a Teritoriului de Nord, numindu-se **Actul drepturilor celor bolnavi terminal (Rights of the Terminally Ill Act)**.

În actul intitulat "**Cerere de asistenţă ca să-mi termin voluntar viaţa, într-o manieră umană, demnă**" există o **criteriologie** ce trebuie îndeplinită, asemănătoare cu condiţiile legilor permisive pentru euthanasie. Ideile scoase în evidenţă sunt:

- Dacă un pacient în cursul unei boli incurabile este supus la durere, suferinţă şi disconfort de nesuportat, inacceptabile pentru el, se poate considera *îndreptăţit să solicite ajutorul unui cadru medical pentru a-şi termina viaţa.*
- *Răspunsul cadrului medical* - Chiar dacă toate condiţiile sunt îndeplinite cadrul medical căruia i s-a făcut o astfel de cerere *poate refuza oricând, pentru orice motiv, satisfacerea cererii.*
- Nimeni nu are dreptul sub nici o formă să promită unui cadru medical o *recompensă sau un avantaj* în cazul participării la un astfel de act, tot aşa cum nu poate *crea sau ameninţa cu dezavantaje* în cazul în care acesta refuză să participe la îndeplinirea acestui act.
- Cadrul medical este *obligat să renunţe la asistarea bolnavului la suicid* în cazul în care el îi administrează acestuia *un tratament paliativ*, menit să ducă la reducerea suferinţei şi a durerilor bolnavului. Doar dacă tratamentul nu reuşeşte să obţină acest lucru, cadrul medical poate să purceadă la asistenţa la suicid, conform dorinţei bolnavului şi a actului realizat.
- *Condiţiile* în care cadrul medical poate asista suicidul sunt identice cu cele din statul Oregon - SUA, cu câteva specificări suplimentare. Vor exista asigurări că:

- nimeni (rudă sau asociat) nu va avea de câştigat în urma unei asemenea morţi;
- cadrul care asistă, conform acestui act, la tratament trebuie să vorbească aceeaşi limbă cu pacientul (în caz contrar este necesară prezenţa unui translator autorizat de "Autoritatea naţională de acreditare a translatorilor şi interpreţilor");
- cadrul care asistă va rămâne prezent până la moartea pacientului.

Scanned with OKEN Scanner

• *Dreptul de a renunţa* - Pacientul poate renunţa oricând şi din orice motiv, iar această cerere va fi distrusă şi se va consemna în fişa bolnavului.

• *Întocmirea actului fără motiv* (fără o justificare pentru bolnav, prin inducerea în eroare în mod intenţionat) - Nimeni nu are dreptul să obţină o semnătură pentru un asemenea act sau să fie martor în scopul de a obţine un profit social sau câştig material de pe urma actului. Cel ce determină întocmirea unui astfel de act în folosul lui este pedepsit cu 20.000 $ amendă sau 4 ani închisoare.

Formularul de cerere ar arăta cam în felul următor:

Cerere pentru asistenţă (ajutor calificat) ca să-mi termin viaţa într-o manieră umană, demnă

Am fost anunţat de medicul curant că sufăr de o boală incurabilă, care are ca rezultat moartea mea iminentă, iar acest lucru a fost confirmat de medicul specialist.

Am fost informat complet despre natura bolii, despre evoluţia ei, despre tratamentul medicamentos şi despre îngrijirile paliative; despre consultul şi sprijinul din partea medicului psihiatru; despre măsurile extraordinare care îmi sunt disponibile pentru a rămâne în viaţă şi sunt conştient că nici un tratament rezonabil nu-mi este disponibil în condiţiile date.

Solicit un cadru medical care să mă sprijine, (asiste), să termin viaţa uman, demn.

Înţeleg că am dreptul să renunţ la această cerere oricând.

Semnătura, Data,

Declaraţia martorilor

Primul Martor declar că:

a) persoana ce semnează această cerere îmi este cunoscută personal;

b) îmi este pacient, sub supravegherea mea;

c) a semnat această cerere în prezenţa şi celui de-al doilea martor;

d) sunt convinsă că pacientul este sănătos mintal şi a luat această hotărâre liber, voluntar, după consultări (dezbateri) cu specialiştii.

Semnătura: medicul ce îl ajută

Al Doilea Martor declar că: - va completa aceeaşi declaraţie

Semnătura: al doilea martor.

Declaraţia traducătorului (unde este cazul):

a) persoana ce a semnat acest act îmi este cunoscută;

b) sunt un traducător calificat pentru a interpreta în limba maternă;

c) în opinia mea, pacientul înţelege exact sensul şi natura acestui certificat.

Scanned with OKEN Scanner

Susţinătorii Legii afirmă că legea este **plină de compasiune** şi susţine **principiul autonomiei personale** (mai multă putere pentru pacienţi şi mai puţină pentru doctori). A existat un fel de alianţă neobişnuită între politicienii de stânga şi cei libertarieni de dreapta, care nu doreau interferenţe în drepturile stabilite pentru teritorii.

Oricum **euthanasia activă non - voluntară** se practică în Australia cu sau fără legislaţie, pentru a scurta stresul rudelor apropiate. Este o practică obişnuită de a se administra pacienţilor comatoşi terminali injecţii cu *papaveretum* şi *hyoscină* (extracte de mac şi măselariţă). Nu pare rezonabil să se pretindă că aceste administrări au intenţia de a trata pacientul, ai cărui ficat şi rinichi sunt deja insuficienţi.

Primul beneficiar al noii legi a fost **Bob Dent** de 60 de ani, locuitor a oraşului Darwin. El sosise în teritoriul Australiei de Nord ca misionar al Bisericii Anglicane (Episcopală). Dezamăgit de politica bisericii şi-a părăsit chemarea şi a devenit estimator-evaluator în construcţii. În 1991 a fost diagnosticat cu cancer de prostată, iar scurt timp după aceea el s-a convertit la Budism. El a scris într-o scrisoare: *"Dacă nu sunteţi de acord cu euthanasia voluntară, nu faceţi uz de ea, dar vă rog să nu-mi luaţi mie acest drept!"*. El susţinea că nici un grup religios *"nu trebuie să-mi ceară să mă comport după regulile lor şi să îndur dureri intratabile inutile, până când un doctor cu omniscienţa lui hotărăşte că mi-a fost de ajuns, şi îmi creşte morfina ca să mor"*. Asistat de soţia sa şi de medicul său, pe 26 septembrie 1996, el a iniţiat procedura de autoliză folosind "maşina morţii" propusă de **Dr. Philip Nitschke** (Se facilitează o injecţie cu un medicament letal).

Printre alte **reacţii** o citäm pe cea a Arhiepiscopului Anglican din Sidney:

".. Se vede acum ... că doctorii nu mai sunt cei care salvează vieţi. După Legea din Teritoriul de Nord, ei sunt şi cei care omoară...Trebuie să ne pătrundem de adânca suferinţă a soţiei celui decedat şi să înţelegem de asemenea durerea umană care a dus la o asemenea sfârşire a vieţii unui om. Aceste fapte nu ne permit însă să îngăduim să fim persuadaţi că această atitudine a fost justă. Din punct de vedere moral ea este greşită. Eu nu pot să fiu de acord cu ea din nici un punct de vedere."

Pe acest fundal de luptă ideatică, s-a desfăşurat la **Melbourne** în 1996, **Cea de a XI-a Conferinţă Mondială a Societăţilor pentru**

Scanned with OKEN Scanner

Dreptul de a Muri unde a fost prezentată pe larg experienţa din Elveţia, cu cea mai veche legislaţie permisivă din lume.

O a doua persoană bolnavă în stadiu terminal a fost asistată pentru a muri pe 7 ianuarie 1997. Janet Mills de 52 de ani suferea de o formă rară de cancer de piele care ducea la dilacerarea tegumentelor. Decanul Anglican de Sidney a afirmat că acesta este o altă zi ruşinoasă pentru Australia.

Oponenţii legii se bazează pe principiul religios că "a ucide este întotdeauna rău" şi pe principiul "pantei lunecoase". Argumentele secularizante au mai multă priză decât cele religioase, căci nici chiar un pacifist nu poate refuza euthanasia unui soldat rănit mortal pe front care se zvârcoleşte în chinuri

Pe 23 martie 1997, Senatul Australian folosind un proiect de lege numit **Andrews Bill**, a refuzat să admită validitatea Legii din Teritoriul de Nord, cu un vot de 38 la 34. Proiectul devenise lege doar printr-o aprobare a Camerei Inferioare. Această acţiune a fost evident opusă faţă de opinia publică care arăta un sprijin de aproximativ 80% în favoarea euthanasiei voluntare şi a suicidului asistat.

Dr. Philip Nitschke, care i-a furat renumele doctorului Jack Kevorkian, fiind denumit actualmente la rândul lui - **Dr. Death**, după ce americanul a rămas în închisoare mai bine de un an, este liderul unei **campanii deosebit de incisive** pentru legiferarea euthanasiei şi a suicidului asistat. El are mulţi susţinători în Noua Zeelandă şi în Tasmania, unde face vizite regulate la tot felul de solicitanţi pentru o moarte uşoară. Ultima propunere, aproape uluitoare, este înfiinţarea unei **clinici plutitoare pentru euthanasie**, pe un **vapor** care să navigheze în apele internaţionale din jurul continentului Australia. O asemenea clinica **nu ar trebui sa se supună legislaţiei nici unui din statele australiene**, încât ar fi la latitudinea celor aflaţi pe vapor să procedeze după opţiunile proprii. Ideea este dezbătută cu ardoare de implicaţi şi neimplicaţi, inclusiv pe WEB-Internet.

LEGEA DIN OREGON

În **statul Oregon din SUA**, din 1994 şi până în prezent există, deşi nu a funcţionat permanent **Death with Dignity Law** (Legea morţii cu demnitate).

Prima secţiune a legii conţine afirmaţii de ordin general şi **definiţii**.

Următoarele cuvinte şi fraze vor avea următoarele înţelesuri, ori de câte ori vor fi folosite în acest Act:

Scanned with OKEN Scanner

1. "Adult" înseamnă un individ care are 18 sau mai mulţi ani.

2. "Medic curant" înseamnă medicul care are prima responsabilitate pentru îngrijirea pacientului şi tratamentul bolii terminale a pacientului.

3. "Medic consultant" înseamnă un medic care are o calificare obţinută prin specializare sau experienţă, pentru a da un diagnostic profesional şi un prognostic cu privire la boala pacientului.

4. "Consiliere" înseamnă o consultare între un psihiatru cu licenţă de stat sau un psiholog şi pacient, cu scopul de a se determina dacă pacientul suferă de o tulburare psihiatrică sau psihologică, sau de vreo depresie care îi tulbură judecata.

5. "Persoană care oferă îngrijiri de sănătate" înseamnă o persoană licenţiată, certificată, sau autorizată în alt mod, sau căreia i se permite de către legea Statului să administreze îngrijiri de sănătate în decursul obişnuit al practicării profesiei (afacerii), şi implică un stabiliment de îngrijire al sănătăţii.

6. "Incapabil" înseamnă că în opinia unei curţi sau în opinia medicului curant sau consultant al pacientului, un pacient este lipsit de abilitatea de a lua şi de a comunica deciziile luate cu privire la îngrijirea sănătăţii persoanelor care oferă îngrijiri de sănătate, incluzând şi comunicarea prin intermediul persoanelor familiarizate cu maniera de comunicare a pacientului, dacă aceste sunt disponibile. Capabil nu înseamnă incapabil.

7. "Decizie informată" înseamnă o decizie a unui pacient calificat, de a cere şi de a obţine o reţetă medicală cu scopul de a-şi sfârşi viaţa într-o manieră umană şi demnă, care este bazată pe aprecierea unor fapte relevante, după ce în prealabil a fost pe deplin informat de medicul curant de:

- *diagnosticul medical;*
- *prognosticul;*
- *riscurile potenţiale asociate cu luarea medicaţiei ce va fi prescrisă;*
- *rezultatul probabil al luării medicaţiei ce va fi prescrisă;*
- *alternativele fezabil cuprinzând grija pentru confort, îngrijirile din casa de sănătate (hospice) şi controlul durerii, fără a se limita numai la acestea.*
- *"Confirmat medical" înseamnă că opinia medicală a medicului curant a fost confirmată de un medic consultant, care a examinat pacientul şi datele sale medicale relevante.*

Scanned with OKEN Scanner

9. "Pacient" înseamnă o persoană care se află sub îngrijirea unui medic.

10. "Medic" înseamnă un doctor care practică medicina sau osteopatia, licenţiat să practice medicina de Consiliul Examinatorilor Medicali din Statul Oregon.

11. "Pacient calificat" înseamnă un adult capabil, care este rezident în Oregon şi satisface cerinţele acestui Act, cu scopul de a obţine o reţetă pentru a-şi sfârşi viaţa într-o manieră umană şi demnă.

12. "Boală terminală" înseamnă o boală incurabilă şi ireversibilă, care a fost confirmată medical şi care, conform unui raţionament medical rezonabil, va produce moartea în mai puţin de şase (6) luni.

În **a doua secţiune** a legii sunt stipulate **criteriile limitative** care trebuiesc îndeplinite de beneficiarii ei:

- *pacientul trebuie să fie într-un stadiu terminal de boală;*
- *trebuie să aibă mai puţin de 6 (şase) luni de trăit;*
- *trebuie să fi făcut două cereri orale pentru suicid asistat;*
- *trebuie să fi făcut o cerere în scris pentru aceasta;*
- *trebuie să convingă măcar doi medici că el /ea este sincer, nu acţionează dintr-un capriciu, iar că decizia este voluntară;*
- *el nu trebuie să fie influenţat de depresie;*
- *trebuie să aştepte 15 zile.*

Cererea este semnată şi datată de pacient, în prezenţa a **cel puţin doi martori**, care confirmă că el este capabil să hotărască singur, fără a fi constrâns să semneze această cerere.

Unul dintre martori trebuie să fie o persoană care:

- *nu este rudă de sânge, alianţă sau adopţie;*
- *nu este proprietarul spitalului sau sanatoriului unde este tratat pacientul;*
- *nu este angajat al acestui spital sau sanatoriu;*

Medicul curant nu este martor.

Dacă pacientul se află de multă vreme la un sanatoriu, unul dintre martori va fi ales dintre cei ce i-au purtat de grijă, persoană hotărâtă prin lege de Departamentul Resurselor Umane.

Medicul curant are datoria:

- *să hotărască dacă pacientul suferă de o boală incurabilă;*
- *să hotărască dacă pacientul este destul de conştient să hotărască singur;*
- *să hotărască dacă pacientul face cererea voluntar, fără să fie influenţat de terţi;*

Scanned with OKEN Scanner

- *să informeze pacientul despre alternativele amintite mai sus;*
- *să verifice dacă pacientul a luat decizia fiind bine informat;*
- *să trimită pacientul la un specialist care confirmă diagnosticul;*
- *să supună pacientul unui control psihiatric ca să verifice dacă acesta este capabil să hotărască singur, în mod voluntar, nefiind într-o stare de depresie nervoasă care să-i influenţeze hotărârea;*
- *să ceară pacientului să-şi anunţe familia;*
- *să informeze pacientul că are dreptul să anuleze cererea oricum, oricând şi să-i dea ocazia să anuleze hotărârea după o aşteptare de un număr de minimum 15 zile, aşa numita* ***perioadă de convingere;***
- *să prescrie medicaţia în acord cu decizia pacientului de a sfârşi viaţa demn.*

Medicul specialist va confirma în scris, diagnosticul medicului curant, de boală incurabilă, cu sfârşit inexorabil în mai puţin de 6 luni.

Psihiatrul va confirma că bolnavul nu suferă de depresie.

Se va respecta obligatoriu **perioada de aşteptare** de cel puţin 15 zile de la hotărârea pacientului şi de cel puţin 48 de ore de la aceasta până la prescrierea medicaţiei.

În dosarul medical al pacientului, **vor apărea obligatoriu** toate aceste **documente:**

- *consultaţia medicului curant, specialist, psihiatru;*
- *cererea scrisă a pacientului;*
- *posibilitatea de anulare a acesteia;*
- *o notă a medicului curant referitoare la toate etapele parcurse pentru îndeplinirea cererii scrise a pacientului.*

Dacă îndeplineşte toate aceste criterii, el va putea primi o reţetă de **barbiturice** care ar fi suficientă să-i cauzeze moartea.

Nu se va permite efectuarea euthanasiei active - omor din milă (*mercy killing*) de către vreun prieten sau vreun membru al familiei.

Nu va fi permis suicidul asistat de tipul celui practicat de Dr. Jack Kevorkian. (Moartea **nu** va fi produsă de medic prin injecţie letală sau prin inhalare de monoxid de carbon.)

Poliţele de asigurare pentru viaţă sau accidente, nu vor fi afectate sau condiţionate de o asemenea cerere, sau de semnarea şi anularea unui astfel de act. Acestea nu vor fi afectate nici după ce pacientul va îngurgita medicamentele pentru a-şi sfârşi viaţa cu demnitate.

Acţiunile efectuate conform acestui act nu vor constitui în nici un caz sinucidere sau omor din milă.

Acest act - **Request for Medication to End my Life in a Humane and Dignified Manner** - are următoarea **formă:**

Scanned with OKEN Scanner

Cerere pentru medicaţie pentru a-mi sfârşi viaţa într-o manieră umană şi demnă

Eu (numele bolnavului) sunt un adult sănătos mintal.

Sufăr de (diagnosticul) boală incurabilă, după confirmarea medicului curant şi a specialistului.

Am fost complet informat despre diagnostic şi prognostic, natura medicaţiei ce va fi prescrisă, riscurile potenţiale asociate, rezultatele aşteptate, alternativele posibile (inclusiv casa de sănătate, controlul durerii, mediul de confort).

Solicit ca medicul meu curant să prescrie medicaţia care va sfârşi viaţa mea într-o manieră demnă, umană.

- Mi-am informat familia asupra acestei decizii.
- Am hotărât să nu informez pe cei din familia mea.
- Nu am pe cine informa.

Înţeleg că am dreptul să anulez oricând această cerere.

Înţeleg importanţa acestui act şi mă aştept să mor când iau medicaţia prescrisă.

Fac această cerere voluntar, fără rezerve şi accept întreaga responsabilitate morală.

Semnătura, Data,

Declaraţia martorilor:

Declarăm că:

- persoana care a semnat acest act ne este cunoscută personal;
- a semnat cererea în prezenţa noastră;
- este sănătos mintal;
- nu este un pacient al nostru,
- nici unul din noi nu este medicul său curant.

Semnătura Martor 1 Data

Semnătura Martor 2 Data

Notă:

Unul din martori nu va fi rudă cu pacientul.

Dacă pacientul este de multă vreme într-un sanatoriu, un martor va fi stabilit din oficiu.

The National Right to Life Committee (Comitetul Naţional pentru Dreptul la Viaţă), susţinut de biserica catolică a obţinut un ordin judecătoresc pentru a întârzia implementarea măsurilor. Legea a fost blocată la procesul de apel, iar măsurile nu au fost puse în vigoare.

Scanned with OKEN Scanner

Asociaţia Medicală din Oregon a luat atitudine doar ceva mai târziu argumentând asupra unor imperfecţiuni ale legii.

Referendumul din 1994 pentru introducerea legii a arătat susţinerea ei de către 51% din cei intervievaţi.

Conservatorii din guvern au forţat aprobarea unui alt referendum public în 1997. De ambele părţi s-a făcut o publicitate masivă cheltuindu-se sume imense de bani. Campania a fost dusă de voluntari de ambele părţi care se acuzau reciproc de *"minciună, răstălmăcirea cercetării , prezentarea distorsionată a informaţiei şi conducerea campaniei pe bază de frică şi rea credinţă"*. Unele din materialele publicitare au fost considerate suburbane încât au fost refuzate prezentării de către mas-media.

Biserica romano-catolică şi alte grupuri conservatoare au finanţat campania împotriva suicidului asistat, folosindu-se de o societate cu peste 1000 de membri, **Medicii pentru îngrijirea cu compasiune** (Physicians for Compassionate Care). Alte grupuri care erau **contra** au fost: *Consiliul de Stat al Cetăţenilor Seniori; Conferinţa Catolică din Oregon; Soluţiile Dreptului la viaţă din Oregon* ş.a.

Dintre grupurile **pentru**, din care făceau parte mulţi jurişti şi psihiatri erau **Dreptul la moarte din Oregon** (Oregon Right to Die) şi **Centrul de Apărare Legală şi Educaţie pentru o Moarte cu Demnitate în Oregon** (Oregon Death with Dignity Legal Defense and Education Center).

Una din **imperfecţiunile legii** se referea la **metoda de suicid** permisă de lege. Medicaţia mortală trebuia administrată *per oral*, nefiind permise injecţiile, ori se ştie că medicaţia orală nu este întotdeauna eficientă deoarece unii pacienţi vomită înainte ca ea să-şi facă pe deplin efectul. Ar putea rezulta o comă sau o moarte tărăgănată (*lingering death).*

Cu toate acestea mulţi medici considerau dificilă renunţarea la folosirea pastilelor, în favoarea injectării unei substanţe otrăvitoare. **Derek Humphry**, co-fondator şi preşedinte al **Societăţii Hemlock** (Cucuta) a afirmat că *legea "ar putea fi dezastruoasă"* pentru că nu permite injecţiile letale. El făcea referiri la un studiu din Olanda care arăta că pastilele dăduseră greş de mai multe ori şi spunea că *"singurele două moduri 100% eficiente de a accelera moartea sunt injecţia letală de barbiturice ori curara sau sacul de material plastic"*.

Referendumul din 1997 a arătat că populaţia din Oregon este în favoarea suicidului asistat în proporţie de 60%.

Scanned with OKEN Scanner

Opiniile au rămas, însă, tot împărţite şi în prezent.

Barbara Coombs Lee, conducătoarea grupului *pro-choice* **Compasiune pentru cei ce mor** (Compassion in Dying), principalul sponsor al legii încă din 1994 a organizat o **conferinţă de presă** unde a afirmat:

"Poporul din Oregon şi-a spus cuvântul deja de două ori prin votul la urne".

Ea a pus în faţa întregului auditoriu o casetă audio cu înregistrarea vocii unei femei de 80 de ani, muribundă de cancer de sân care spunea:

"Aştept această lege...Voi putea fi eliberată de toată suferinţa mea".

Penny Schleuter, o femeie de 56 de ani cu cancer de ovar comenta:

"Este important să avem opţiunea. Oamenii bolnavi în stadii terminale se vor simţi mai bine ştiind că ea există".

Janice Elsner, o altă bolnavă în stadiu terminal a denumit suicidul asistat *"Cutia Pandorei"*, care ar putea duce la omoruri din milă:

"Dacă dorim să-i omorâm pe cei aflaţi în stadii terminale de boală, nu ne vom limita doar la un colţ din societatea unde dorim să introducem legea".

Bob Castagna, purtător de cuvânt al *Conferinţei Catolice din Oregon* a afirmat că:

"Este o zi tragică pentru Oregon, pentru naţiune şi pentru lumea întreagă".

Gayle Atteberry, director executiv la *Dreptul la viaţă din Oregon* a spus că legea este o *"pată"* pe faţa statului deoarece,

"Oregonul va fi cunoscut drept capitala morţii în Statele Unite... Noi nu vom renunţa la protejarea vieţilor nevinovate".

Se pare că organizaţia *Dreptul Naţional pentru Viaţă* va face eforturi pentru a obţine o excepţie, care ar pute întârzia din nou implementarea legii.

În 24 de ore de la anunţarea rezultatelor referendumului din 1997, oficialităţile de stat a început să pregătească pentru folosul medicilor **forme pentru înregistrarea cazurilor de suicid asistat.** De atunci ele se distribuie tuturor medicilor ce funcţionează în Oregon, regulile şi reglementările fiind deja cunoscute de la prima aprobare a legii. Organizaţiile profesionale de medici, farmacişti şi psihiatri îşi pregătesc şi ele procedurile după care se va acţiona de către membrii lor.

Imediat după aprobarea legii, un organism federal **Administraţia de punere în vigoare a medicamentelor** (Drug Enforcement Adminis-

Scanned with OKEN Scanner

tration - **DEA**) a emis o *decizie de îndrumare,* la cererea a doi politicieni conservatori republicani. Acesta îi avertiza pe medicii care doresc să prescrie medicamente pentru a-i ajuta pe pacienţii terminali să se sinucidă că se violează astfel **Actul substanţelor puse sub control** (Controlled Substances Act) şi că li se poate retrage dreptul de a prescrie reţete.

Dr. Charles Hofmann, preşedintele **Asociaţiei Medicale din Oregon** a precizat: *"Singurul cuvânt oficial pe care îl avem de spus este că medicii care prescriu barbiturice pentru suicid asistat pot face faţă sancţiunilor. Noi nu vom da vreo recomandare până când acest lucru nu este stabilit".*

Chiar politicieni care nu erau partizanii suicidului asistat au conchis că **DEA** a acţionat doar la presiunile conservatorilor.

Faye Girsh, directorul executiv al grupului *pro-choice* din Denver a spus:

"Legea Morţii cu Demnitate din Oregon este modelul pe care îl caută legislatorii, cetăţenii şi medicii. Toate dovezile arătă că legea conţine suficiente garanţii pentru a proteja medicii, bolnavii şi familiile lor. Cei aflaţi în pragul morţii din statul Oregon au acum acces la o întreagă serie de îngrijiri: ospiciu, controlul durerii, directive date în avans şi, în cele din urmă asistenţa plină de compasiune a unui medic, care le pune la dispoziţie mijloacele pentru o moarte blândă, atunci când suferinţa lor devine prea mare".

Comisia pentru Servicii de Sănătate din Oregon (Oregon Health Services Commission) a decis ca plata pentru suicidul asistat medical să provină din fonduri de stat în cadrul **Planului de sănătate,** încât să nu existe nici o discriminare împotriva celor săraci care ar dori să beneficieze de această oportunitate.

Pe **26 martie 1998**, a avut loc **primul suicid asistat** făcut **public.**

O femeie în vârstă şi-a solicitat medicul personal ca să o asiste la suicid deoarece se simţea tot mai rău, nu mai putea să-şi continue activităţile zilnice şi nu dorea să mai trăiască, ca să nu ajungă cumva iresponsabilă. Medicul de familie a refuzat-o fără explicaţii, dar a trimis-o la alt medic, care a refuzat-o de asemenea, motivând că suferă de o depresie. Soţul femeii a solicitat atunci societatea **Compassion in Dying** (Compasiune pentru cei ce mor), *care i-a găsit un medic dispus să o ajute.*

Peter Goodwin, *medic, directorul medical al societăţii a purtat două conversaţii telefonice cu această femeie, iar apoi a discutat cu*

Scanned with OKEN Scanner

fiul şi cu fiica ei. Concluzia lui a fost prezentată într-un ***interviu la AMNews****. El spunea că:*

"Femeia era raţională, hotărâtă şi fermă. Nu am simţit-o de loc deprimată, căci de fapt vorbea tare în telefon, exprimându-şi frustrarea şi angoasa faşă de neputinţa ei de a se face ascultată de cei din profesiunea medicală. Exista ceva raţional în tot ceea ce spunea. Mi se plângea că de două săptămâni nu mai putea face gimnastică în apă şi nici nu mai putea avea grijă de grădină, activitatea ei favorită. Încă se mai îngrijea de casă, dar ***calitatea vieţii pe care o ducea se deprecia văzând cu ochii****, căci abia mai putea să urce şi să coboare pe scări, cu toate că nu avea dureri foarte mari şi nu era ţintuită la pat."*

Dr. Goodwin a considerat că este prudent să se acţioneze mai repede, înainte ca femeia să-şi piardă capacitatea de a hotărî pentru sine, făcând vreun accident vascular cerebral. El a îndrumat-o la un medic dispus să o ajute, care s-a consultat cu un specialist şi cu un psihiatru, pentru a verifica dacă întruneşte condiţiile prevăzute de lege, pentru a beneficia de suicidul asistat medical. Deoarece era adultă, bolnavă în stadiu terminal, competentă şi nu avea de trăit mai mult de 6 luni şi ceruse acesta în mod voluntar serviciul i-a fost acordat. Ea a căzut într-un somn liniştit la cinci minute de la luarea dozei letale de comprimate şi a murit senină 25 de minute mai târziu.

Medicul care a asistat-o a dat un interviu la ***Postul Public de Radio*** *din Oregon sub protecţia* ***anonimatului****. El a spus despre femeie:*

"Totuşi, cu siguranţă bătrâna avea dureri. Ei nu-i plăcea, însă, să ia antalgice şi le folosea puţin. Nu a fost nici o îndoială asupra faptului că nu dorea să fie îngrijită decât foarte puţin."

Despre rolul său s-a exprimat aşa:

"Pentru mine a fost o experienţă extrem de mişcătoare. Trebuie să scot în evidenţă un lucru care e impresionant. Întâlneşti o persoană cu doar două săptămâni înainte ca ea să moară; îţi dai seama că o vei ajuta să treacă de acest lucru, dar e totodată foarte dureros pentru că faci un lucru pe care nu îţi vine să îl faci. Dacă vrei să o ţii în minte aşa cum era, respectată de familia ei şi respectându-se pe sine, nu poţi să refuzi însă, dacă crezi în dreptul ei şi îi respecţi motivaţia. Nu poţi spune "nu", dar în acelaşi timp simţi o mare pierdere personală şi o mare repulsie".

Când vestea primei morţi prin euthanasie legală s-a răspândit, un grup de profesionişti medicali interesaţi din Statul Oregon s-au deplasat într-o **excursie de documentare** în Olanda, pentru a afla

Scanned with OKEN Scanner

cum se descurcă în această problemă comunitatea medicală şi cea juridică de acolo. **Delegaţia** cuprindea pe:

- Joseph Schnabel, membru al **Colegiului de Farmacie din Oregon** (Oregon Board of Pharmacy);
- Bonnie Reagan, medic de familie din Portland;
- Kathleen Haley, director executiv al **Colegiul Examinatorilor Medicali din Oregon** (Oregon Board of Medical Examiners);
- Peter Rasmussen, medic oncolog din oraşul Salem;
- Aimee Whittington, farmacistă din Salem.

Ei au avut o întâlnire de patru zile cu experţii olandezi în euthanasie, cu reprezentanţii Ministerului de Justiţie olandez, cu societăţile medicale şi farmaceutice şi cu Societatea Olandeză de euthanasie voluntară. Coordonatorul întâlnirii a fost **Dr. Pieter Admiraal**, un medic anestezist pensionar care a condus peste 100 de morţi prin euthanasie.

După martie 1998 nu s-a materializat până acum prezicerea sumbră că: *"toţi bolnavii din Oregon se vor repezi să-şi sfârşească cu uşurinţă viaţa"*. În 1998, după datele oficiale ale **Departamentului de Sănătate din Oregon** (Oregon Health Division) au fost raportate până în noiembrie 1998 doar 10 cazuri de persoane care au murit după ce li s-au prescris medicamente letale. Dr. Katrina Hedberg, epidemiolog declară că toate cazurile au îndeplinit condiţiile, că au fost 5 femei şi 5 bărbaţi, cu vârsta medie de 71 de ani, nouă din aveau cancer, iar unul o cardiopatie. Opt din aceştia au murit prin medicamente, iar doi au murit de cauze naturale, înainte să poată lua medicaţia prescrisă.

Până la 15 martie 1999 erau deja consemnate 4 cazuri de moarte prin euthanasie voluntară legitimă.

Pe 20 martie 1999, Marta Lowell văduva lui Brian, decedat de cancer, a înaintat comisiei juridice a Senatului o rugăminte prin care se cerea menţinerea singurei legi favorabile pentru suicidul asistat din toată naţiunea americană. Ea spunea că soţul ei de 37 de ani, care suferea dureri de la un cancer de colon cu metastaze, a murit înainte ca să poată lua doza de barbituric care îi fusese prescrisă, dar a fost foarte uşurat sufleteşte când a ştiut că îi stau la dispoziţie. Ea ar dori să fie sigură că toţi muribunzii vor putea să-şi aleagă sfârşitul vieţii în continuare. Citǎm din rugămintea ei:

"Nu le faceţi dificultăţi doctorilor, ca ei să refuze să mai participe".

"Nu faceţi nimic pentru a opri sau îngrădi accesul la lege, făcându-i pe pacienţi să facă mai multe ocolişuri".

Scanned with OKEN Scanner

În ciuda acestor apeluri de suflet, senatorul de Oklahoma Don Nickles a început să facă presiuni în Senatul SUA pentru adoptare unui Act de Promovare a Îndepărtării Durerii (Pain Relief Promotion Act - PRPA), prin care se îngrădeşte folosirea medicaţiei ce ar putea grăbi moartea. Intenţia nedisimulată a acestuia era de a descuraja pe pacienţii terminali să se folosească de suicidul asistat ca să scape de durerile intratabile. Deşi aparent se cereau fonduri pentru cercetarea mecanismelor durerii, Nickles voia ca DEA să-i urmărească în justiţie pe medicii care utilizaseră în mod voluntar substanţe cum ar fi morfina, în scopul de a alina suferinţele terminale ale bolnavilor incurabili. În acest mod el a intrat în conflict cu practicanţii medicinei paliative, care de multe ori erau acuzaţi ca nu dau suficiente doze de morfină bolnavilor şi care recunoşteau că au făcut acest lucru de frică, pentru ca nu cumva bolnavii să decedeze, iar ei să fie târâţi în justiţie. Ei au luat o atitudine hotărâtă în toate ziarele şi în cele mai mari jurnale medicale din SUA, încât PRPA nu a întrunit majoritatea necesară pentru a fi adoptat.

Au existat în cursul anilor 2000 - 2001 o sumedenie de alte **reacţii isterice ale unor activişti *pro-life***, cu scopul de a îngrădi aplicarea legii prin **promovarea PRPA**, care s-au liniştit atunci când a fost publicat al doilea raport anual a Departamentului de Stat pentru Sănătate. Raportul nu releva nimic care să intereseze Departamentul de Justiţie al Congresului SUA.

S-a văzut cu claritate că **nu există o năpustire a oamenilor spre suicidul liberalizat şi asistat.** Dacă în anul 1999 un număr de **27** de cetăţeni din Oregon s-au sinucis cu ajutorul medicilor lor, în anul 2000 au fost tot **27** care au procedat la fel. Aceasta a reprezentat, în ciuda prezicerilor funeste, doar **0,09% din totalul morţilor** din acest an.

Nu au existat prezisele eşecuri neplăcute, ci doar o complicaţie minoră, toţi 27 decedând liniştiţi după ce au luat medicaţia de grăbire a morţii.

De asemenea, nu s-a raportat apariţia vreunui medic, care să sugereze o versiune locală a lui Jack Kevorkian. Grupul "Compasiune în moarte" a monitorizat 21 din cele 27 de cazuri, raportând că ele au fost duse la îndeplinire de **19 medici diferiţi**.

Comentariul final al raportului arată că practica suicidului asistat la bolnavii terminali din Oregon nu este mai des aplicată decât în alte state, unde aceasta nu este reglementată, se face fără proto-

Scanned with OKEN Scanner

coale şi fără limite etice. Se apreciază că legalizarea suicidului asistat în Oregon a făcut ca acesta să fie îndeaproape controlat şi rar, iar că **legea funcţionează aşa cum şi-au dorit-o cetăţenii statului.**

DEZBATERILE DIN SUA PENTRU LEGI PERMISIVE FAŢĂ DE SUICIDUL ASISTAT MEDICAL

În Codul Penal S.UA (The Criminal Code) este prevăzut:

„Omuciderea este o crimă când este comisă cu premeditare chiar dacă este comisă cu bună credinţă".

În unele state americane s-a operat cu legislaţia în aşa fel încât să se permită întocmirea în condiţii variabile a acestor *living wills.*

Doar 30 de state americane mai au legi specifice, care incriminează direct suicidul asistat. Această regulă afectează doar statele şi teritoriile vestice: Alaska, Arizona, California, Guam, Hawaii, Idaho, Montana, Nevada, N. Mariana Islands, Washington.

Dezbaterile juridice sunt astăzi mai vii ca niciodată.

În statul Washington; 1996:

Pe 7 martie 1996, în procesele **Washington v. Glucksberg** şi **Quill v. Vacco**, US Circuit Court of Appeals - **Cea de-a Noua Sesiune Comună a Curţilor de Apel din Statelor Unite** a declarat neconstituţională o aserţiune a legii din statul Washington care incrimina suicidul asistat pentru bolnavii aflaţi în stadiu terminal. Curtea a hotărât cu o majoritate de 8 la 3 că legea violează dreptul la libertate şi protecţie egală garantat de amendamentul 14 al Constituţiei SUA:

"Nici un stat nu va face sau va pune în vigoare vreo lege care va reduce privilegiile sau imunităţile cetăţenilor"

Curtea a precizat:

"Când pacienţii nu mai sunt capabili să se bucure de libertate şi fericire şi nu mai doresc să se bucure de viaţă, interesul statului de a-i forţa să rămână în viaţă este mai puţin imperios... Un adult competent mintal, aflat într-un stadiu terminal de boală, după ce şi-a trăit aproape întreaga viaţă, are un interes de o mare libertate în alegerea unei morţi demne şi umane, mai degrabă decât să fie redus la un stadiu asemănător cu acela al unui copil - neajutorat, pus în scutece, setat, incompetent".

Decizia a fost condamnată Asociaţia Medicală Americană, de Biserica Romano Catolică şi de grupurile pro-life. Activiştii în domeniul SIDA au primit-o cu entuziasm.

Scanned with OKEN Scanner

În statul New York; 1996:

Pe 3 aprilie 1996, **Cea de-a Doua Sesiune Comună a Curţilor de Apel din Statele Unite** a declarat neconstituţională o afirmaţie a legii din statul New York care incrimina suicidul asistat pentru bolnavii aflaţi în stadiu terminal. Un complet format din trei judecători a găsit că legea violează **protecţia egală** garantată de **al 14-lea Amendament** al Constituţiei SUA. Această reglementare afecta 3 state: Connecticut, New York şi Vermont. Pe 18 aprilie, procurorul general al statului New York a cerut ca reglementarea să fie suspendată pentru o perioadă scurtă de timp, până Statul va face apel la Curtea Supremă de Justiţie a S.UA..

La **Curtea Supremă a Statelor Unite, iunie 1997**

Curtea Supremă a dat decizia ei în cazurile din Washington şi New York pe 26 iunie 1997, răsturnând decizia dată de **Cea de a Noua Sesiune Comună a Curţilor de Apel**. Ei au apreciat că americanul de mijloc nu are un drept constituţional la suicidul asistat de medic. Votul a fost de 9 la 0, o decizie neobişnuită, unanimă. Astfel, legile din New York şi Washington care **blamează** asemenea sinucideri sunt constituţionale. Pe de altă parte, curtea a exprimat în mod implicit că nu există vreo barieră constituţională care ar împiedica statul să treacă la o lege care **permite** suicidul medical asistat. Curtea a validat conceptul de "**efect dublu**", recunoscând în mod deschis că grăbirea morţii prin intensificarea măsurilor paliative nu reprezintă o conduită interzisă, în măsura în care intenţiile lor au fost îndepărtarea durerii şi a suferinţei. Judecătorul **Rehnquist** care prezidează Curtea Supremă a SUA, a afirmat în scris:

"Pe toată întinderea naţiunii, americanii sunt angajaţi într-o dezbatere sinceră şi profundă despre moralitate, legalitate şi practica suicidului asistat de medic. Hotărârea noastră permite continuarea acestei dezbateri, aşa cum trebuie să se întâmple într-o societate democratică."

Aceasta reprezintă un dezavantaj pentru campania "pro-life" care îşi pune toate străduaniile ca americanii să nu aibă vreo putinţă de alegere în ceea ce priveşte suicidul asistat. Spiritul reglementării îi obligă să prevină trecerea la legi permisive în toate cele 59 de state americane. Chiar dacă numai un stat trece la o asemenea lege, cel puţin pacienţii ambulanţi vor fi capabili să se deplaseze acolo, să-şi facă formele de rezidenţă şi să obţină ajutor pentru a muri.

Scanned with OKEN Scanner

Decizia Curţii Supreme a avut un scop foarte restrâns. Ea a stabilit doar dacă publicul are un drept general la suicid medical asistat. La origine cazul fusese adus de şase indivizi bolnavi terminal, cu dureri intratabile care doreau să aibă acces la suicidul asistat. Până ce curtea a audiat argumentele legale, toţi cei şase au decedat. Astfel Curtea nu a mai putut să hotărască dacă cei şase indivizii bolnavi terminal ar trebui să aibă dreptul la suicid asistat. În loc însă, ea a hotărât dacă cetăţenii în general au acest drept.

Mulţi magistraţi au arătat că *unele grupuri din societate ar putea avea un drept constituţional de acces la suicid* (de exemplu un individ aflat într-un stadiu terminal de boală cu dureri intratabile). Dacă o asemenea persoană ar aduce cazul ei în instanţă, curtea ar putea aprecia în favoarea ei. Şmecheria constă în a găsi o persoană aflată în stadiu terminal de boală, care să supravieţuiască suficient de mult până ce procesul ajunge să se judece la Curtea Supremă. Dacă numai unul din cei şase pacienţi care au iniţiat procesul ar fi supravieţuit, decizia Curţii ar fi putut fi foarte diferită. Ei ar fi putut hotărî că *în general oamenii nu au dreptul legal de a obţine asistenţă pentru a muri, dar bolnavii terminali suferind de dureri mari au cest drept.*

Unii magistraţi discută **teoria efectului dublu** cu efect de exonerare a responsabilităţii medicului pentru pierderea vieţii pacientului. Aceasta apare în situaţia în care un medic prescrie un nivel adecvat de morfină sau de alt medicament pentru a controla durerea, chiar ştiind că astfel va scurta viaţa pacientului. Ei consideră această atitudine un comportament acceptabil.

În **Statul Florida; iulie 1997**:

Cazul Hall este o mostră de luptă cu instrumente juridice. Secţiunea 782.08 din Statutele Floridei interzice suicidul asistat. *Charles E. Hall a luat SIDA printr-o transfuzie de sânge şi dorea să-i ceară doctorului său, Cecil Mc Iver, să-l ajute să se sinucidă cândva, la o dată viitoare, când condiţia lui medicală va fi atât de degradată de aşa manieră încât el să nu mai vrea să trăiască. El a cerut Curţii din Florida să introducă o excepţie-interdicţie (injunction) faţă de Procurorul Statului în ceea ce priveşte urmărirea în justiţie a doctorului Mc Iver, în eventualitatea că acesta l-ar ajuta pe domnul Hall să se sinucidă. Curtea a stabilit că domnul Hall era competent din punct de vedere mintal, suferind de o boală care ajunsese în stadiu terminal. Curtea a aprobat această interdicţie; ea şi-a bazat decizia pe* ***stipulaţia dreptului la intimitate*** *(privacy provision) din Forida şi pe* ***Clauza federală de Protecţie Egală*** *(Equal Protection Clause).*

Scanned with OKEN Scanner

Legea asupra intimităţii statuează în speţă: *"orice persoană normală (natural person) are dreptul de a fi lăsată în pace şi liberă de orice intruziune guvernamentală în viaţa ei privată".*

Curtea a cerut ca:

"Medicaţia letală să fie autoadministrată numai după o consultare şi hotărârea atât a pacientului cât şi a medicului că Dl. Hall este competent, muribund în mod iminent şi pregătit să moară."

Procurorul Statului Florida a făcut apel la această hotărâre a Curţii de Judecată. Curtea Supremă a răsturnat decizia precedentă, dând hotărârea pe 17 iulie 1997. Raţiunea lor a fost că stipulaţia dreptului la intimitate nu se extinde la cazul acesta, că statul are un interes în prevenire suicidului, că integritatea profesiunii medicale trebuie păstrată. Ei au afirmat că:

"Noi nu susţinem că un statut întocmit cu grijă ce autorizează suicidul asistat ar fi neconstituţional. De asemenea nici nu dispreţuim sinceritatea şi tăria convingerilor părţilor din proces. Cu toate acestea am conchis că hotărârea în acest caz nu va fi luată pe baza propriei aserţiuni a Curţii asupra importanţei argumentelor morale aflate în competiţie. Prin interpretarea largă a amendamentului intimităţii pentru a include dreptul la suicid asistat, ne-am supune riscului de a ne aroga nouă înşine puterile de a face politica socială, lucru care fiind o treabă constituţională aparţine doar de domeniul legislativului."

Statul Oregon a făcut exact acest lucru.

Pe 4 noiembrie 1997, poporul din Oregon a votat cu 60-40% împotriva **Măsurii 51**, care ar fi interzis **The Oregon Death with Dignity Act, din 1994**. Legea a intrat în vigoare în mod oficial (ORS 127.800-897) pe 27 octombrie 1997, când au fost înlăturate atacurile făcute împotriva ei.

Se vede deci că bătălia trebuie dusă stat cu stat.

Unii jurişti şi-au exprimat îngrijorarea despre orice legi care ar permite suicidul asistat în baza teoriei "pantei lunecoase". Ei afirmă că se poate abuza de asemenea legi, iar că acestea ar putea fi primele dintr-o serie de facilităţi, care vor duce la o "**pantă lunecoasă**" (slippery slope) - către o societate care dispune de suiciduri asistate pe criterii tot mai largi, fără ca ulterior derularea lor să mai poată fi oprită, pierzându-se controlul societăţii. Supralicitarea pericolului "pantei lunecoase" poate fi temperată dacă se face o distincţie clară între comportamentul dorit şi cel nedorit. Este neîndoios

Scanned with OKEN Scanner

necesară distincţia legislativă între **a cere să fii omorât** şi **a nu cere să fii omorât.**

Politica socială nu coboară pante lunecoase, ci, mai degrabă poate face pendulări. Legalizarea euthanasiei voluntare poate precede legalizarea euthanasiei non - voluntare cerută printr-o "voinţă pentru timpul vieţii" - *living will*, dar este puţin probabil să se meargă mai departe de atât. O legislaţie bine întocmită va preveni abuzurile, mai degrabă, decât să le creeze.

În Statul Michigan, Dr. Jack Kevorkian a fost achitat în trei procese din districtele Oakland şi Wayne, unde fusese dat în judecată pentru cinci cazuri de asistarea suicidului, cu ajutorul dispozitivului inventat de el (1990, 1993, 1994). A mai existat o tentativă de proces în districtul Ionia, care a fost respinsă de judecător ca nefondată. Învinuirile au fost aduse de două ori pentru crima de omor, dar ulterior s-a renunţat la ele, căci o lege care să incrimineze în mod explicit suicidul asistat nu exista în statul Michigan. Conform principiului din Dreptul Roman *"Nulla poena sine lege"*, el nu se făcea vinovat de vreo infracţiune, deoarece fapta nu era prevăzută în Codul Penal (Criminal Code).

Kevorkian a devenit un promotor al legilor care permit în mod explicit suicidul asistat, în anumite condiţii, în clinici speciale şi doar la cei care întrunesc criteriile pe care el încearcă să le facă legale.

El a pregătit un program de măsuri pentru legalizarea suicidului asistat, intitulat "Propunerea B" (Proposal B), fiind sprijinit de organizaţia "Prietenii lui Merian" (Merian's Friends). Acest grup a fost iniţiat de Carol Poenisch, fiica doamnei Merian Frederick, a 19-a pacientă care a murit cu ajutorul lui Kevorkian.

Această iniţiativă de legalizare a euthanasiei şi suicidului asistat, conţinea aproximativ 12.000 de cuvinte şi se referea la războiul de acuze reciproce şi epitete dintre susţinătorii şi opozanţii campaniei. Ea a fost poreclită "**mijlocul de evaziune legislativă a lui Kevorkian**".

Pe 1 septembrie 1998 a fost votată în Statul Michigan **legea care interzice suicidul asistat**, cât şi oferirea de sfaturi în acest sens. Kevorkian a apreciat legea ca fiind ipocrită, ca o **conspiraţie a bisericii contra umanităţii.**

Pe 13 aprilie 1999, **Doctorul Jack Kevorkian** a fost condamnat la 10 până la 25 de ani de închisoare pentru crima de **omor de gradul doi** şi la 3 până la 5 ani pentru **utilizarea unei substanţe aflate sub control**, de către o curte a Districtului Oakland din Statul Michigan

Scanned with OKEN Scanner

după un proces intentat pentru un caz de **euthanasie voluntară activă** asupra lui Thomas Youk de 52 de ani suferind de SLA – scleroză laterală amiotrofică - cunoscută sub numele de boala lui Lou Gehrig. Trebuie de reţinut că el a recunoscut că a asistat aproximativ 130 de cazuri de suicid.

Decizia prin care a fost condamnat cel mai mare apărător al **suicidului asistat** reprezintă o şi cotitură în atitudinea generală faţă de **dreptul de a muri.**

Comentariile juriştilor implicaţi în procesul lui Kevorkian sunt interesante, dar pot duce la diverse interpretări:

Dave Gorcyca, procurorul din Districtul Oakland, care nu a reuşit să obţină nici o condamnare pentru Kevorkian în două din procesele anterioare unde a reprezentat acuzarea, a afirmat:

"Nu am avut niciodată intenţia sau dorinţa de a participa la martiriul lui Dr. Kevorkian. Din nefericire, problemele omorului din milă şi a suicidului asistat vor rămâne complicate din punct de vedere moral şi legal, medical şi etic, asupra cărora noi nu vom putea niciodată fi de acord în mod unanim, în ciuda verdictului de vinovat".

Procurorul **John Skrzynski**, care a reprezentat acuzarea în procesul "poporul din Statul Michigan vs. Kevorkian" şi care a obţinut condamnarea a spus:

"Oamenii îl privesc acum cu un pic mai multă obiectivitate. În trecut, Kevorkian a încercat să opună compasiunea împotriva legii, de data acesta a câştigat legea".

Comentariile juriştilor doctrinari preocupaţi de etică, asupra acestei condamnări pot fi semnificative pentru viitorul oricărei legislaţii în schimbare.

Joel Frader, profesor asociat de etică medicală Northwestern University din Evanston, Statul Illinois vorbeşte altfel despre Kevorkian:

"Oamenii spun despre el: Poate că o fi nebun, dar mie îmi place pentru că profesiunea medicală nu ne ajută suficient".

Arthur Caplan, directorul Centrului de Bioetică din Philadelphia al Universităţii din Pennsylvania, un mai vechi critic al lui Kevorkian a spus:

"Cazul Youk este cântecul de lebădă al lui Kevorkian. El a adus mişcarea pentru dreptul de a muri în conştiinţa publică, dar acum umblă după fumurile notorietăţii de mass - media".

Kathryn Tucker, o avocată din Seattle care a luptat fără succes să legalizeze suicidul asistat în statul Washington a încercat să se

Scanned with OKEN Scanner

depărteze mai net de Kevorkian. Ea comenta că acesta nu punea preţ pe relaţia medic-pacient cu cei pe care îi ajuta să moară, că nu avea contact cu ei înainte de aceasta şi că nu făcea eforturi să verifice dacă pacienţii lui erau într-adevăr bolnavi terminali sau competenţi. Ea a spus despre Kevorkian:

"El abordează problema pe uşa din dos pentru că într-adevăr el este un furnizor pe această uşă".

Larry Dubin, profesor de drept la Universitatea din Detroit, care a urmărit toate procesele lui Kevorkian a spus:

"Cred că din cauză că votanţii au respins în mod covârşitor propunerea de lege pentru suicidul asistat, s-ar putea spune că sentimentul public s-a schimbat de la sondajul de opinie care arăta că publicul este în favoarea dreptului de a muri".

"Condamnarea lui înseamnă că juriul crede că el s-a făcut vinovat de una dintre cele mai serioase crime din textele juridice. Alegerea însă a unei sentinţe pentru omor de gradul doi, a dovedit că juriul a simţit că o sentinţă pe viaţă ar fi fost prea aspră."

"Condamnarea ar putea diminua influenţa lui Kevorkian, dar asta nu va opri mişcarea. Suporterii lui vor fi galvanizaţi să ceară cu tărie eliberarea lui, iar prezenţa lui în închisoare va servi ca o aducere aminte a legilor în vigoare împotriva suicidului asistat".

Michael A. Grodin, director pentru drept şi etică medicală la Universitate din Boston a spus:

"Cam era timpul. Kevorkian nu a îndeplinit niciodată vreuna din condiţiile de responsabilitate înainte de a duce la îndeplinire suicidul asistat medical, cum ar fi de a fi avut o relaţie anterioară medic-pacient. El a devenit o caricatură a lui însuşi, iar chiar membrii societăţii <A muri cu compasiune> îl considerau extremist".

George Annas, profesor de drept medical "BU School of Public Health" a spus:

"Unui tip mai cumsecade nu i s-ar fi întâmplat asta. El nu a fost niciodată capul de afiş al celor care apărau dreptul la suicidul asistat de medic. Din această cauză, verdictul nu are importanţă decât pentru soarta personală a lui Kevorkian. Singura importanţă mai mare ar fi fost dacă ei l-ar fi găsit nevinovat. Atunci el s-ar fi simţit invincibil. Verdictul a dovedit că el este mai slab ca avocat decât ca doctor".

Yale Kamisar, profesor de drept la Universitatea din Michigan, un vechi oponent suicidului asistat, spunea că verdictul poate sem-

Scanned with OKEN Scanner

nala o reorientare a opiniei publice, deoarece condamnările în asemenea cazuri sunt rare. El zice:

"Sper ca procesul lui Kevorkian să le amintească oamenilor cât de subţire este linia între suicid asistat şi euthanasie. Cei care propun o legislaţie pentru suicidul asistat încearcă să sublinieze că există o prăpastie imensă între ce fac ei şi ce face Kevorkian. Ei bine, nu există. Una duce în mod inevitabil la cealaltă".

Deşi suicidul asistat este un **fenomen care a intrat în realitatea zilnică** este încă subiecte dezbateri academice.

Practica lui, implementată în mod legal în statul Oregon, stârneşte unor cetăţeni din alte state americane dorinţa de a o adopta şi acolo, unde pe moment există o interdicţie prin lege. În 37 de state, interdicţia este prevăzută prin statuări exprese ale legii, iar în alte opt state este prohibită conform legilor de drept comun sau după statuările asupra omorului.

În 26 de state americane au fost introduse proiecte de legi asupra suicidului asistat în 1997 şi 1998, care au fost respinse. Locuitorii din statele Michigan şi Washington au respins iniţiativele de votare a unor legi care doreau să legalizeze suicidul asistat, iar în Michigan, Virginia, Carolina de Sud, Iowa şi Rhode Island s-au introdus noi oprelişti asupra acestuia. Deoarece Curtea Supremă a SUA a decis că nu există un drept constituţional la suicid asistat, statele sunt libere să îl condamne, fiecare în parte. În acelaşi timp, însă, ele sunt libere să îl permită, aşa cum a făcut statul Oregon.

Nivelul inadecvat de îngrijire medicală al muribunzilor şi de ameliorare a calităţii vieţii a celor cu boli grav invalidante care nu sunt muribunzi face ca problema legalizării să rămână în atenţia medicilor, juriştilor, moraliştilor, a presei şi a publicului larg. Juriul din Michigan, care l-a găsit vinovat de omor pe Dr. Jack Kevorkian a respins pledoaria lui în care se apăra singur şi dorea să şteargă linia dintre suicid asistat şi euthanasie. În ciuda acestei hotărâri judecătoreşti, el are un sprijin public considerabil, iar eforturile pentru legalizarea suicidului asistat continuă sub o organizare foarte bună. Politica naţională şi agenda legislativă americană au fost preocupate cu Pain Relief Promotion Act (Actul de Promovare al Uşurării Durerii) din 1999, iar medicii au trăit momente cruciale fiind în mijlocul dezbaterilor.

În 1997, Centrul de Bioetică al universităţii din Pennsylvania a adunat un Colectiv multi-disciplinar de experţi naţionali în materie de

Scanned with OKEN Scanner

suicid asistat. Membrii lui erau medici de spitale şi de ospicii pentru medicină paliativă, surori medicale, psihologi, avocaţi, membrii ai asociaţiilor de pacienţi, clerici şi bioeticieni. În mod deliberat compoziţia a fost eterogenă, opunându-se diferite puncte de vedere, atât pro cât şi contra. Discuţiile au plecat de la premisa legalizării suicidului asistat, aşa cum s-a şi întâmplat în Oregon câteva luni mai târziu, în vederea aflării unei căi de urmat pentru cei care ar dori să beneficieze de o asemenea prevedere legală. Membrii colectivului au dorit să stabilească şi nişte limite de garantare că suicidul asistat medical va fi mereu voluntar, bine reglementat şi de ultimă opţiune.

La Universitatea din Pennsylvania a fost imaginat proiectul Finding Common Ground („Găsirea unei baze comune") care a stabilit un Assisted Suicide Consensus Panel (Colectiv de Consens pentru Suicidul Asistat), căruia i s-au pus în faţă următoarele întrebări:

- *Ce este suicidul asistat?*
- *Este diferit suicidul asistat de medic de refuzul tratamentului?*
- *Care ar fi alternativele la acesta?*
- *Cât de folositoare sunt îndrumările disponibile în mod curent asupra suicidului asistat?*
- *Suicid asistat înseamnă în mod necesar suicid asistat de medic?*
- *Poate fi suicidul asistat reglementat în mod semnificativ şi eficient?*
- *Când trebuie să recurgem la tratamente paliative de ultimă resursă?*
- *Cum trebuie să răspundă medicii la solicitările pacienţilor de a fi ajutaţi să moară?*

Membrii colectivului nu au fost de acord în toate privinţele, datorită punctelor de vedere diferite, dar s-au găsit multe elemente de consens.

Conform legii din Oregon, cetăţenii rezidenţi acolo care sunt bolnavi de o boală terminală, capabili din punct de vedere mintal, pot primi o reţetă de la un medic, prin care să-şi procure o doză letală de medicament, după ce au făcut numeroase cereri scrise şi verbale într-o anumită perioadă de timp şi au urmat anume proceduri.

Medicii care asistă pe aceşti pacienţi trebuie să îndeplinească la rândul lor o lungă listă de condiţii. După un an de la punerea în vigoare a legii au fost făcute publice consecinţele practice - numărul şi vârstele celor care au beneficiat de ea, bolile şi motivaţiile pentru căutarea acestui sfârşit. Se pare că frica de durere a fost mai puţin un motiv faţă de grija de a nu-şi pierde autonomia şi controlul.

Scanned with OKEN Scanner

Susţinătorii legii arată că lumea nu s-a înghesuit să profite de lege şi că legea nu a fost aplică în mod abuziv.

Oponenţii legii suspectează că nu toate cazurile au fost raportate. Totodată ei scot în evidenţă că nu motivele invocate în textul legii – durerea şi suferinţa – au fost cele care au dus la solicitarea acestei practici.

În anul 2000, luna martie, concluziile au fost date publicităţii. Ca urmare a dezbaterilor şi deliberărilor colectivului, au fost prezentate cinci documente.

În primul material, una din concluziile grupului de lucru a fost: „Asistarea de către medic nu este suficientă pentru a garanta că suicidul asistat este restrâns la cazurile adecvate şi că se desfăşoară într-o manieră corespunzătoare."

Deşi medicii sunt absolut necesari pentru diagnosticul bolii terminale, pentru prescrierea medicaţiei şi completarea certificatului de deces, competenţa lor este limitată în ceea ce priveşte celelalte sarcini cum ar fi: direcţionarea coerciţiei, problemele spirituale şi observarea şi ţinerea sub control a simptomatologiei. Aceste pot fi mai bine stăpânite de surori, activişti sociali, clerici sau alţi sfătuitori spirituali.

Barbara Coombs Lee, director executiv al Federaţiei „Compasiune pentru cei ce mor" din Portland, statul Oregon afirmă că este imposibil de realizat un asemenea lucru când ajutorul pentru moarte este ilegal. Ea susţine:

„După mine acesta este unul din argumentele principale pentru legalizare. În loc să fim ascunşi şi secretoşi, am putea fi deschişi şi primitori, aducând situaţiile de solicitare în faţa ***celor mai luminate minţi*** *şi procedând* ***cu tot atâta precauţii*** *aşa cum facem în alte situaţii de decizii de terminare a vieţii, cum ar fi cele de debranşare a oamenilor de pe ventilatoare, administrare de sedare terminală sau întreruperea hidratării şi hrănirii artificiale."*

În cel de la doilea material al consensului autorii conchid că:

„Legalizarea, implică ***responsabilităţi suplimentare pentru medici****, indiferent de opiniilor asupra suicidului asistat."*

Doctorul James Tulsky, profesor asociat de medicină la Centrul Medical al Universităţii Duke din Durham, afirmă că:

„Obligaţia de răspunde unui persoane absolut disperate, care îţi solicită un asemenea lucru ***nu trebuie tradusă într-o obligaţie de a asista un pacient muribund****, nici de a-i face recomandări pentru suicid asistat."*

Scanned with OKEN Scanner

„Capacitatea de a vorbi despre această soluţie creşte şi mai mult intimitatea relaţiei".

În cel de al treilea material, Dr. Arthur Caplan de la Centrul de Bioetică al universităţii din Pennsylvania afirmă că principiile de îndrumare sunt necesare, dar că cele aflate în vigoare nu sunt suficiente:

„În ceea ce priveşte protecţia în faţa legii, ele sunt destul de bune, dar ele nu precizează nimic despre cum să faci acest lucru în mod uman".

Originea acestei probleme constă pe de o parte în faptul că principiile tind să fie scrise de cei care susţin asistenţa pentru a muri, iar pe de altă parte că ele se focalizează mai ales pe rolul medicului, decât pe realitatea bolii, pe suferinţa şi moartea pacientului şi suferinţa încercată de familia acestuia.

Al patrulea material explorează alternativele disponibile celor bolnavi în stare terminală. Concluzia a fost că toţi clinicienii trebuie să pună în practică standardele de management ale durerii şi de întrerupere a mijloacelor de susţinere a vieţii. Sedarea terminală şi întreruperii hidratării şi alimentării, deşi legale, reprezintă opţiuni excepţionale, care trebuie luate în consideraţie numai dacă nu există alternative acceptabile.

Al cincilea material explorează diferenţele între suicidul asistat şi opţiunile extraordinare – sedarea terminală şi întreruperea hidratării şi alimentării.

Lois Snyder, jurist la Centrul de Bioetică al universităţii din Pennsylvania afirmă că:

*„Noi suntem de părere că **diferenţa** în **cauzalitate** sau în **argumentele care justifică intenţia medicului nu este suficient de semnificativă** ca să reprezinte un motiv de delimitare".*

„Noi ne-am centrat atenţia pe argumentul integrităţii corporale, mai degrabă. În suicidul asistat vorbim despre a face ceva în mod activ, deci invers faţă de evitarea unei invazii nedorite a corpului."

Scanned with OKEN Scanner

Puncte de vedere teologice privind euthanasia

Biserica **Romano Catolică**, cea **Lutherană** şi cea **Episcopală** (Anglicană) au emis enunţuri ferme împotriva suicidului asistat. Grupurile de credinţă **Evanghelice**, **Prezbiteriene**, biserica **Mormonă** şi **Mennonită se opun** de asemenea.

Islamul se opune clar euthanasiei.

Asociaţia Unitarian-Universalistă, un grup liberal, a dat publicităţii în 1988 o afirmaţie de **sprijin al opţiunii pentru euthanasie** şi suicid asistat, dar numai în condiţiile în care se iau măsuri de prevenire a abuzurilor. Afirmaţii similare au fost făcute de **Biserica Unită întru Christos** şi de **Biserica Metodistă** de pe coasta de vest a S.UA. Mişcarea **Quakerilor** are printre cele mai liberale tendinţe.

În 1972, **Biserica Reformată Olandeză** a publicat o pastorală prin care **euthanasia era acceptată ca un mod uman de a muri**. Preoţii reformaţi sunt de faţă adesea la efectuarea cazurilor de euthanasie.

Alte biserici par a avea opinii divergente în această privinţă. Unele formaţiuni religioase nu se opun euthanasiei pasive.

Unele **religii orientale** - **Hindu** şi **Sikh Dharma** din India, acceptă suicidul în anumite circumstanţe, lăsând conştiinţa individului să hotărască. **Jainismul**, care protejează toate animalele din natură acceptă euthanasia voluntară în cadrul sinuciderii prin înfometare.

Morala bisericilor creştine respinge euthanasia pe baza **principiului „sanctităţii vieţii"**. În Biblie apar interdicţii a omorului, ca porunca **„Să nu ucizi"** dintre **Cele 10 porunci** primite de Moise de la Dumnezeu şi **„Nu îl vei omorî pe cel nevinovat şi drept"** (Exodul 23, 7).

Filosofii creştini au pledat în favoarea dreptului la viaţă şi pentru valorificarea suferinţei.

Sfântul **Thomas d'Aquino** (circa 1225-1274), teolog şi filosof italian, supranumit Doctorul angelic, şi-a explicat în **„Summa Theologica"** (1266-1273) viziunea că **"viaţa este proprietate a lui Dumnezeu"**. De aici, el nu a tras însă concluzia că există un drept absolut, inviolabil la viaţă, ci pe aceea că există un **drept şi o datorie de a lua o viaţă nevinovată, atunci când Dumnezeu porunceşte astfel**. El scria că: *„Toţi oamenii mor de moarte naturală, atât cei vinovaţi, cât şi cei nevinovaţi; care moarte naturală este provocată prin puterea lui Dumnezeu datorită păcatului originar. Domnul ucide*

Scanned with OKEN Scanner

şi dă viaţă. Aşadar, prin porunca lui Dumnezeu se poate provoca moartea oricărui om, fie vinovat, fie nevinovat, fără a înfăptui o nedreptate".

Dacă acceptăm această concepţie, atunci **a lua viaţa la porunca lui Dumnezeu nu înseamnă a încălca dreptul la viaţă**; înseamnă că pur şi simplu i se dă o mână de ajutor lui Dumnezeu în administrarea proprietăţii sale. Aceste explicaţii se sprijină pe concepţia că moralitatea constă în concordanţa cu voinţa lui Dumnezeu.

Thomas a Kempis (1380-1471), pe numele lui adevărat Thomas Hemerken, mistic german căruia i se atribuie lucrarea *"Imitatio Christi"* sugerează acolo că dacă cineva se află în suferinţă şi poate să îndure un timp, va primi ajutorul lui Dumnezeu, fără îndoială.

John Locke (1632-1704), filosof englez, fondator al şcolii sensualiste şi empiriste afirmă în 1689, în "Scrisori despre toleranţă" că:

„... nimeni nu trebuie să producă o vătămare vieţii, sănătăţii, libertăţii sau posesiunilor altuia. Fiecare e obligat să-şi păstreze viaţa şi să nu-şi sfârşească existenţa în mod voit, şi tot aşa, atunci când propria-i integritate nu este pusă în primejdie, fiecare trebuie să facă totul pentru a-i menţine pe ceilalţi în viaţă, şi cu excepţia cazurilor când acţionează împotriva unui agresor, să nu ia şi să nu prejudicieze viaţa sau ceea ce tinde spre păstrarea vieţii, libertăţii, sănătăţii corpului sau bunurilor altuia."

Urmaşii lui Locke au interpretat această aserţiune în sensul că dreptul la viaţă ar fi limitat - fiind doar dreptul de a nu fi omorât - şi nu în sensul în care astăzi se discută despre dreptul la viaţă din punct de vedere teologic.

Dreptului la viaţă i-ar corespunde astfel şi **datoria omului de a-şi menţine viaţa**, ca premisă necesară pentru **îndeplinirea scopului său moral**.

În baza acestui principiu, fiecare cult creştin îşi afirmă propriile argumente pentru care euthanasia în toate formele trebuie să fie evitată sau respinsă, iar în nici un caz legalizată.

Credinţa ortodoxă recunoaşte fiecărui individ, din clipa zămislirii sale, **dreptul inviolabil la viaţă**, ca fiind cel mai elementar drept al fiecăruia. După concepţia ei:

*"Viaţa omului este **darul lui Dumnezeu**, Creatorul întregii existenţe. Şi după cum originea vieţii se reduce la voia liberă a lui Dumnezeu, la fel şi continuarea ei, astfel că omul nu trebuie să dispună de ea după bunul plac, fără a păcătui. Chemându-l pe om la existenţă, Dumnezeu nu-l pune în faţa alegerii: să primească sau să refuze*

Scanned with OKEN Scanner

darul vieţii. Acesta îi este dat şi omul credincios trebuie să-l utilizeze potrivit poruncilor divine. Nimeni nu este proprietarul absolut al vieţii sale, aceasta nefiind opera sa, ci a lui Dumnezeu. Din aceste motive, ***omul nu are voie să dispună de viaţa sa după bunul plac****, ci are datoria să îngrijească de sănătatea lui. Interdicţia de a nu ucide nu poate fi contrabalansată prin ideile umanitare invocate. Aprobarea euthanasiei ar însemna negarea credinţei în Dumnezeu".*

Ortodocşii subliniază că *"în cuvintele şi faptele Mântuitorului Isus Christos nu se află nici cele mai neînsemnate indicii în favoarea euthanasiei."* Ei consideră că *"grija permanentă arătată de Isus faţă de bolnavi, vindecarea bolnavilor şi învierea din morţi a lui Lazăr sunt argumente împotriva euthanasiei. Pe bolnavul care zăcea şi suferea de 38 ani, Isus îl întreabă: 'Vrei să fii sănătos?' Şi-l vindecă; nu-l ucide pentru a-l scăpa de suferinţă. După morala propovăduită de Isus, nici cele mai grele suferinţe nu îndreptăţesc distrugerea vieţii, căci orice clipă a ei dacă pare fără sens pentru viaţa pământeană, preţuieşte mult sub aspect moral pentru viaţa de dincolo, putând prilejui creştinului căinţa pentru păcatele sale."*

În lucrările teologice ortodoxe, euthanasia este văzută ca **datoria umană de a uşura agonia celor cuprinşi de grele suferinţe în clipa morţii**. În acest sens ea ar însemna:

„Stăruinţa medicului - răsărită din compasiune faţă de suferinţa umană, de a uşura muribundului părăsirea vieţii pământeşti, printr-o potrivită aşezare a trupului, prin îndepărtarea tulburărilor exterioare, prin alinarea durerilor de natură să liniştească sistemul nervos, să micşoreze sentimentul fricii, să ridice moralul, să suprime durerile".

În concepţia **Bisericii romano-catolice**, dreptul la viaţă e enunţat astfel:

"Dumnezeu este creatorul şi stăpânul vieţii omeneşti şi nimeni nu îi poate pune capăt fără autorizaţia lui".

Principiul sanctităţii vieţii a fost susţinut de catolici nu numai pentru că este compatibil cu antropologiile consacrate de Biblie, ci şi pentru că este o **parte a legii morale naturale**. Principiul are **două forme fundamentale**: una negativă, alta pozitivă.

Forma negativă a principiului interzice violarea sau distrugerea vieţii şi este formulat astfel: ***„Este întotdeauna greşit să omori în mod direct o fiinţă umană nevinovată"***. Aceasta a fost baza de pe care Biserica s-a opus avortului (ca omucidere) şi euthanasiei (ca sinucidere sau asasinat, sau ambele la un loc).

Scanned with OKEN Scanner

Forma afirmativă a principiului sanctităţii vieţii constă în afirmarea respectului pentru integritatea calităţii omului de a fi persoană, deci de **a respecta şi asigura integritatea şi sănătatea fiinţei umane luate ca întreg.** Pe baza acestui principiu s-a justificat mutilarea chirurgicală a organismului uman în scopul menţinerii lui, ca un întreg, în viaţă.

În timpul pontificatului său (1939-1958), **Papa Pius al XII-lea** s-a referit în repetate rânduri la problemele etice cu care se confrunta profesiunea medicală după război. Învăţăturile sale au semnificaţie atât ca nişte **interpretări ale „legii naturale"**, cât şi ca puncte de vedere de îndrumare, autorizate pentru membrii bisericii catolice. Într-o enciclică din 1943 intitulată "**Mystici Corporis**" el scria:

"Aflăm cu adâncă durere că uneori sunt private de viaţă fiinţe umane diforme, afectate de boli mintale sau ereditare, fiind considerate o povară inoportună pentru societate. Această faptă este ridicată în slăvi de unii, de parcă ar fi o nouă achiziţie a progresului uman, în conformitate cu binele general. Dar, care om cu inimă nu pricepe că ea este radical împotrivă atât legii naturale divine încrustată în inimile tuturor cât şi sentimentului oricărui om civilizat?"

În anul 1957, în „**49 Acta Apostolica Sedis 1027**", Papa Pius al XII-lea afirma adresându-se corpului medical:

„... Ai dreptul şi obligaţia ca, în caz de boală gravă, să faci paşii necesari pentru conservarea sănătăţii şi a vieţii. Această datorie ... revine din mila ordonată de Creator, din justiţia socială şi chiar din lege. Doctorul este obligat în permanenţă să asigure măsuri de tratament obişnuite ... adică măsuri care să nu reprezinte o povară nici pentru pacient şi nici pentru medic".

Atitudinea Bisericii Catolice în privinţa euthanasiei active este clară: *cine practică euthanasia activă se face vinovat de crimă.*

Într-unul din documentele **Conciliului al II-lea al Vaticanului** (GS 27) se spune:

„Tot ce se opune vieţii însăşi, cum ar fi omorul de orice fel, genocidul, avortul, euthanasia şi chiar sinuciderea voluntară... toate aceste practici şi altele de acest gen sunt o ruşine. Ele otrăvesc civilizaţia umană şi îi pângăresc mai mult pe cei care le comit decât pe cei care le îndură; mai mult, ele sunt o gravă jignire adusă onoarei Creatorului".

La 5 mai 1980, **Congregaţia pentru Doctrina Credinţei** a publicat "**Declaraţia cu privire la euthanasie**". Despre valoarea şi demnitatea vieţii umane ni se spune aici:

Scanned with OKEN Scanner

„Dacă cea mai mare parte a oamenilor consideră că viaţa are un caracter sacru şi că nimeni nu poate dispune de ea după bunul plac, creştinii văd în ea totodată un dar al iubirii lui Dumnezeu, pe care sunt chemaţi să-l păstreze şi să-l fructifice. De aici rezultă câteva urmări:

1. Nimeni nu poate atenta la viaţa unui om nevinovat fără a se împotrivi prin aceasta planului iubirii lui Dumnezeu, fără a viola un drept fundamental şi inalienabil, ce nu poate fi pierdut fără a comite prin aceasta o crimă de o extremă gravitate.

2. Orice om are dreptul să-şi conformeze viaţa cu planul lui Dumnezeu.

3. Moartea voluntară sau sinuciderea este ca şi omuciderea inacceptabilă, un refuz din partea omului a suveranităţii lui Dumnezeu...".

Documentul afirmă că nu există vreun parlament sau vreo lege care să poată autoriza euthanasia activă:

„E necesar să amintim cu toată energia că nu este nimici nimeni care să poată autoriza uciderea unei fiinţe umane nevinovate, oricine ar fi ea, făt sau embrion, copil sau adult, bătrân bolnav incurabil sau muribund. În plus, nimeni nu poate cere acest gest ucigaş, pentru el însuşi sau pentru altul încredinţat răspunderii sale, nici nu poate consimţi direct sau indirect la aşa ceva. Nici o autoritate nu poate să-i impună sau să-i permită în mod legitim. Căci este vorba de violarea unei legi divine, de o ofensă adusă persoanei umane, de o crimă împotriva vieţii, de un atentat împotriva umanităţii".

Deoarece bolnavii, în situaţii grele, adesea cer moartea, acelaşi document susţine că:

„Rugăminţile bolnavilor foarte gravi, care uneori cer moartea, nu trebuie înţelese ca fiind expresii ale unei voinţe adevărate de euthanasie; ele sunt aproape întotdeauna cereri de ajutor şi afecţiune ale unor suflete răvăşite de tulburare".

Conform învăţăturii **catolice - nu există durere inutilă sau absurdă**, nici **viaţă degradată sau frustrată de demnitate din cauza suferinţei sau a bătrâneţii** decât în minţile ateilor, iar euthanasia are adepţi numai printre cei care şi-au abandonat credinţa.

Pentru cei credincioşi **suferinţa**, mai ales cea din ultimele momente ale vieţii, **capătă o semnificaţie deosebită în planul de mântuire a lui Dumnezeu**. Din acest motiv unii creştini catolici refuză calmantele în această situaţie. Ei acceptă în mod voluntar cel puţin o parte din suferinţele lor şi pentru a se asocia într-o manieră

Scanned with OKEN Scanner

conştientă la suferinţele lui Christos cel răstignit (vezi *"Imitatio Christi"*).

Biserica catolică a acuzat de multe ori pe medicii care cooperează în mod intenţionat la întreruperea vieţii, oferind mijloace de sinucidere, întrerupând alimentarea artificială sau supradozând medicaţia. Mai mult chiar, a afirmat că medicii dispun de viaţa pacientului, având asupra lui dreptul de viaţă şi de moarte şi că tendinţa de a legaliza euthanasia se aseamănă cu „nazismul hitlerist" căci se elimină nişte fiinţe umane considerate fără valoare.

Se acceptă însă "**doctrina efectului dublu**", în cazul în care medicaţia antalgică îşi depăşeşte scopul ducând la scurtarea vieţii.

"Prudenţa umană şi creştină sugerează folosirea medicamentelor capabile să aline sau să suprime durerea pentru cei mai mulţi dintre bolnavi, chiar dacă din aceasta pot deriva, ca efecte secundare, toropeala sau diminuarea luciditătii".

Pe de altă parte, biserica catolică pare să fie **adepta euthanasiei pasive.** Într-un mesaj adresat Federaţiei Internaţionale a Asociaţiilor Medicilor Catolici, din 3 octombrie 1970, **Papa Paul al VI-lea** spunea:

„În atâtea cazuri nu ar fi o tortură inutilă să impui reanimarea vegetativă în ultima fază a unei boli incurabile? Datoria medicului constă mai degrabă în a se strădui să calmeze suferinţele, în loc de a prelungi cât mai mult posibil, prin orice mijloace, o viaţă care nu mai e cu adevărat umană şi care se îndreaptă spre deznodământul ei natural „.

În lucrarea "Euthanasia" a Preotului romano-catolic Claudiu Dumea din 1993, se spune că atunci când pentru bolnav nu mai este nici o şansă, suspendarea unor proceduri medicale costisitoare, riscante, extraordinare sau disproporţionate faţă de rezultatele aşteptate poate fi legitimă. În acest fel **nu se intenţionează moartea pacientului, ci se acceptă faptul că ea nu poate fi împiedicată.** Hotărârea suspendării unor proceduri excepţionale o ia pacientul dacă este capabil, dacă nu, rudele, fiind consultaţi mai întâi medicii. Dar şi în acest caz, chiar dacă moartea este iminentă, nu se va întrerupe îngrijirea care în mod obişnuit trebuie acordată unei persoane bolnave.

Ultimul document catolic important asupra problemelor bioetice, inclusiv asupra euthanasiei este Scrisoarea Enciclică a **Papei Ioan Paul al II-lea, Evangelium Vitae - Asupra valorii şi inviolabilităţii vieţii umane,** adresată episcopilor, preoţilor, diaconilor, călugărilor bărbaţi şi femei, credincioşilor mireni şi oamenilor de bunăvoinţă.

Scanned with OKEN Scanner

Ea a fost dată la Roma, la Catedrala Sf. Petru, pe 25 martie 1995, cu ocazia celebrării Bunei Vestiri a Domnului Isus Christos. Materialul este consistent, cuprinzând 60 de pagini format A4 scrise mărunt presărat cu citate din Biblie, din lucrările unor sfinţi, din enciclicele altor papi şi cu comentarii originale de o mare profunzime. Vom cita câteva fragmente ce ni se par relevante:

"Se susţine adesea că viaţa unui copil nenăscut sau a unei persoane grav handicapate reprezintă doar un bun relativ: într-o abordare care păstrează proporţiile, sau după o gândire transparentă, acest bun ar trebui comparat şi măsurat cu alte bunuri. Se afirmă mereu că numai cine este de faţă şi este implicat personal într-o situaţie concretă poate judeca bunurile în dispută: în consecinţă, numai acea persoană va fi capabilă să decidă asupra moralităţii alegerii sale. De aceea Statul, în interesul coexistenţei civile şi a armoniei sociale, trebuie să respecte această alegere, chiar până la punctul de a permite avortul şi euthanasia".

"Pornind de aici, orice politician în activitatea lui / ei, trebuie să despartă clar tărâmul conştiinţei personale de cel al atitudinii publice.

Vom avea ca rezultat ceva ce vor părea a fi două tendinţe diametral opuse. Pe de o parte, indivizii pretind pentru ei cea mai completă libertate de alegere din sfera morală, cerând Statului să nu adopte sau să impună vreo atitudine etică, ci să se limiteze la garantarea spaţiului maxim pentru libertatea fiecărui individ, cu singura limitare de a nu leza libertatea şi drepturile unui alt cetăţean. Pe de altă parte, se susţine că, în momentul exercitării îndatoririlor publice şi profesionale, respectarea libertăţii de a alege a altor persoane cere ca fiecare să-şi lase deoparte convingerile sale, pentru a satisface fiecare cerinţă a cetăţenilor care este recunoscută şi garantată prin lege; în ducerea la bun sfârşit a datoriilor fiecăruia, singurul criteriu moral trebuie să fie ceea ce legea însăşi arată. Responsabilitatea individuală este astfel îndreptată către dreptul civil, renunţându-se la conştiinţa personală, cel puţin în sfera publică".

"Este adevărat că în istorie sunt cunoscute cazuri în care s-au comis crime în numele "adevărului". Crime la fel de grave şi refuzuri radicale ale libertăţii, însă, s-au comis şi se mai comit în numele "relativismului etic". Când o majoritate parlamentară sau socială decretează că este legal, cel puţin în anumite condiţii, să omori viaţa umană nenăscută, nu înseamnă de fapt că se ia o decizie "tiranică" cu privire la fiinţele umane cele mai slabe şi lipsite de apărare?

Scanned with OKEN Scanner

Conştiinţa fiecăruia respinge pe bună dreptate acele crime împotriva umanităţii, care au reprezentat o atât de tristă experienţă a secolului nostru. Dar dacă aceste crime ar fi fost legitimate printr-un consens popular, în loc să fie comise de tirani lipsiţi de scrupule, nu ar fi încetat ele să fie crime?"

"Dintre acestea, este primul şi fundamental - dreptul inviolabil la viaţă a fiecărei fiinţe umane nevinovate. În timp ce autoritatea publică poate alege uneori să nu pună stavilă la ceva care - dacă ar fi interzis ar face mai mult rău, ea nu poate legitima ca un drept al indivizilor - chiar dacă ei reprezintă majoritatea membrilor societăţii - o ofensă împotriva altor persoane produsă prin trecerea cu vederea a unui atât de important drept cum este dreptul la viaţă. Tolerarea legală a avortului sau a euthanasiei nu poate pretinde în nici un fel că stă la baza respectului pentru conştiinţa altora, tocmai pentru că societatea are dreptul şi datoria să se protejeze împotriva abuzurilor ce pot surveni în numele conştiinţei şi sub pretextul libertăţii."

Pe 7 noiembrie 1996, **Cardinalul bernardin Iosif** (după Sf. Bernard din Clairvaux, Cistercian) afirma:

"Nu poate exista un asemenea lucru ca <dreptul la suicid asistat> deoarece nu poate exista vreo ordine legală sau morală care să tolereze uciderea unei vieţi umane nevinovate".

Există însă şi **clerici catolici celebri care susţin euthanasia** dintre care - Episcopul de Durham - Dr. David Jenkins, Episcopul Alastair Haggart (care este şi funcţionar al **Societăţii Scoţiene de Euthanasie Voluntară - VESS**), Episcopul Hare Duke (membru **VESS**) ş.a.

Episcopul american Casey a fost cel care a susţinut cerea familiei Quinlan adresată curţii de justiţie pentru debranşarea fiicei lor, Karen Ann de la aparatul de protezare a respiraţiei.

Scanned with OKEN Scanner

Puncte de vedere medicale, etice şi bioetice cu privire la euthanasie

Etica este disciplina care studiază sistemul valorilor, al normelor şi categoriilor morale, a conţinutului şi modului de corelare a acestora în viaţă.

Conceptele etice sunt integrate într-un ideal, având izvoare diverse - din realitatea socială, din posibilităţile societăţii, ale indivizilor luaţi izolaţi, din meditaţia filozofică.

Bioetica, derivând din etică, priveşte aspectul particular al problemelor ridicate de ştiinţele biologice şi de practica medicinei.

Etica medicală reprezintă un ansamblu de norme morale care guvernează comportamentul corpului medical în raport cu societatea.

Etica medicală se intersectează cu deontologia medicală, ambele reprezentând garanţia medicului în faţa societăţii pentru totalitatea actelor sale (acţiuni sau inacţiuni), atât moral cât şi juridic.

Etica şi deontologia medicală au **obligaţia să emită un punct de vedere privind stările terminale, de frontieră între viaţă şi moarte.** Aceste puncte de vedere au fost codificate, reluate şi dezvoltate odată cu evoluţia medicinii, ducând la **revizuirea conduitei practice.**

Medicii caută mereu să rămână fideli **Jurământului lui Hippocrate**, ca **prim cod al deontologiei.** Jurământul şi-a păstrat valoarea sa educativă, mai ales prin faptul că el cuprinde cerinţe permanent valabile conduitei profesionale şi că a desprins **trăsăturile semnificative** din multitudinea problematicii morale:

- medicul acordă bolnavului un respect absolut;
- orice acţiune întreprinsă de el trebuie să fie doar în avantajul bolnavului, iar niciodată contra lui;
- exercitarea profesiunii medicale este doar în slujba sănătăţii şi a vieţii omului.

Autoritatea acestui jurământ a permis a se face referire la el ori de câte ori a fost cazul când umanismul medicinei a fost pus în dubiu, fiind invocat în cursul **Procesului de la Nürenberg din 1946-1947**, în rechizitoriul făcut medicilor nazişti. El a fost considerat ca un criteriu de referinţă pentru evaluarea extrem de gravei abdicări de la etica profesională a respectivilor medici.

Datorită înaltei valori etice, opera hipocratică a fost folosită după război drept model pentru elaborarea unor documente deontologice pe plan intern sau internaţional.

Scanned with OKEN Scanner

Interdicţia jurământului ca medicul să nu sprijine nici măcar sinuciderea, a fost preluată în "**Legământul profesional**" adoptat de **Asociaţia Medicală Mondială** la **Geneva** în anul **1948** sub următoarea formă:

„Voi avea respectul absolut faţă de viaţa omenească încă de la concepţie".

În calitatea sa de for internaţional reprezentând opinia publică medicală, Asociaţia Medicală Mondială, a elaborat **Codul Internaţional de Etică Medicală**, unde se scrie:

„Nu voi încredinţa nimănui otrăvuri chiar dacă-mi cere, şi nici nu-l voi îndemna la aşa ceva".

Acestui "Cod internaţional de etică medicală" i-au urmat o serie de alte **documente** în care este exprimat **respectul faţă de viaţă**, ca punct de vedere al opiniei medicale mondiale:

- **Declaraţia de la Helsinki 1964** şi **Tokyo 1975** (cu privire la cercetarea medicală utilizând subiecte umane),
- **Declaraţia de la Sidney 1968** (în problema determinării momentului morţii),
- **Declaraţia de la Oslo 1970** (cu privire la avortul terapeutic),
- **Declaraţia de la Tokyo 1976** (cu privire la atitudinea medicilor faţă de deţinuţi şi prizonieri).

Medici au fost întotdeauna educaţi în respectul faţă de viaţa omenească, iar toată străduinţa lor a fost îndreptată în slujba salvgardării ei.

În anul 1974, trei laureaţi ai Premiului Nobel au întocmit "**Manifestul Premiilor Nobel pentru susţinerea euthanasiei**", apărut în publicaţia *"The Humanist"*.

Sir George Paget Thomson (Fizică 1937 - pentru lucrări asupra difracţiei electronilor în cristale; fiul al unui alt laureat de Premiu Nobel), **Linus Carl Pauling** (Chimie 1954 - pentru cercetări asupra legăturii chimice şi pentru aplicarea ei la elucidarea structurii substanţelor complexe) şi **Jacques Lucien Monod** (Fiziologie şi Medicină 1965 - pentru descoperirea controlului genetic al sintezei enzimelor) au făcut aserţiuni clare şi pline de responsabilitate:

"Suntem de părere că este imoral să tolerezi, să accepţi, sau să impui suferinţa. Credem în valoarea şi demnitatea individului. Acestea impun ca el să fie tratat cu respect şi să fie lăsat să decidă în mod liber şi rezonabil în ceea ce priveşte propria lui soartă".

Scanned with OKEN Scanner

Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei şi-a arătat interesul pentru problemele bioetice care rezultă din aplicarea noutăţilor tehnicii, biologiei, biochimiei, bio-medicinii. A fost prima instituţie europeană care a sesizat, începând cu 1976, problemele delicate ale „afirmării terapeutice" şi euthanasiei pasive. Aceste probleme au făcut obiectul **Recomandării 779 şi Rezoluţiei 613 relativ la drepturile bolnavilor şi muribunzilor**. Situaţia în domeniul bioeticii fiind fragilă şi lacunară, interesul Adunării Parlamentare s-a orientat spre uniformizarea normelor elaborate pe plan internaţional.

La scară naţională, **noi coduri bioetice** au fost adoptate în Spania, Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, Danemarca, Suedia, Norvegia şi Germania. Proiecte de astfel de coduri sunt încă în curs de elaborare în alte Franţa, Portugalia şi Italia. Creaţia comitetelor naţionale multi - disciplinare, numite „de etică", vizează în primul rând să compenseze lacunele prezentului.

Deoarece armonizarea practicii naţionale în domeniul bioeticii a devenit urgentă, **Parlamentul Consiliului Europei** a recomandat Comitetului de Miniştri elaborarea unei **convenţii-cadru** care să conţină un text de bază cu principii generale şi protocoale adiţionale pentru aspectele specifice. Protocoalele incluse convenţiei trebuie să ţină seama de problemele esenţiale: afirmarea terapeutică, euthanasia pasivă, transplantul de organe, cercetarea medicală pe fiinţa umană, tehnologia genetică, etc. Elaborată de Consiliul Europei, această convenţie ar urma să fie propusă tuturor statelor, inclusiv celor din afara Europei.

În acest sens, în **1985**, în cadrul Consiliului Europei a fost creat un organism multi - disciplinar, numit **Comitetul ad-hoc de experţi în bioetică (CAHBI)**.

Avantajele unei astfel de convenţii au fost evidenţiate în 1988 într-un discurs ţinut în faţa Adunării Parlamentare a Consiliului Europei, de către Ministrul Afacerilor Externe din Malta şi preşedintele în exerciţiu al Comitetului de Miniştri. Acesta afirma despre convenţie că ar avea: *„pe de o parte obiectivul de a garanta tuturor accesul la avantajele pozitive ale medicinei şi, pe de altă parte, de a pune în gardă contra abuzurilor ce ar putea fi comise în interiorul frontierelor Europei".*

După **Primul simpozion pe probleme de bioetică al Consiliului Europei** din decembrie 1989, numeroase delegaţii s-au raliat acestei declaraţii.

Scanned with OKEN Scanner

În iunie 1990, Secretarul general al Consiliului Europei a prezentat iniţiativa Convenţiei la **Conferinţa a -17-a a miniştrilor de justiţie**. Acest document conţine un istoric al problemelor de bioetică şi câteva elemente concrete ce pot constitui baza unei eventuale convenţii. Miniştrii justiţiei s-au pronunţat în favoarea acestei convenţii cadru şi au elaborat Rezoluţia nr. 3, în care au declarat că drepturile fundamentale ale omului pot fi ameninţate de dezvoltarea ştiinţelor biomedicale. Această **Convenţie** este necesară pentru:

- garantarea protecţiei individului şi societăţii;
- stabilirea unor reguli contra utilizării abuzive a ştiinţei şi tehnologiei şi fără apărarea demnităţii umane şi integrităţii fizice şi psihologice;
- armonizarea a drepturilor individuale şi colective cu libertatea ştiinţei pentru a nu o împiedica sau bloca arbitrar.

Pentru elaborarea unei astfel de convenţii, pe lângă **CAHBI**, lucrează diverse **comitete de experţi şi organisme inter - guvernamentale**. Din anul 1976, an în care Consiliul Europei a început să abordeze problemele bio-medicale, Comitetul de Miniştri a adoptat numeroase texte care au ca obiect probleme bioetice şi care au fost publicate cu autorizaţia sa.

Câteva documente au avut însă caracter **confidenţial**, de exemplu cel din 1987, care cuprindea avizul dat de CAHBI, în problema **„de a pune capăt vieţii unui bolnav care solicită expres aceasta"**, la solicitarea Guvernului din Olanda.

Gheorghe Scripcaru revine în mai multe lucrări ale sale cu o serie de tribulaţii etico-filosofice din care amintim trunchiat:

Medicina priveşte omul în realitatea sa de unicat şi, ca atare, în condiţia sa de neînlocuit. Măreţia omului rezidă tocmai din această condiţie. Într-o concepţie axiologic-medicală despre om „cea mai inutilă viaţă are o valoare infinită". A neglija un om înseamnă a sărăci umanitatea.

Omorul din milă nu-l poate defini pe medic. Medicul poate cel mult să combată suferinţa şi printr-o decizie de echipă să limiteze intervenţia terapeutică. Moartea se va produce în condiţii naturale prin boala severă existentă.

Abandonarea unui subiect condamnat vital de o boală incurabilă, ca şi grăbirea morţii lui, la rugămintea acestuia aduce în discuţie atitudinea deontologică şi juridică a medicului faţă de orice formă sau tip de euthanasie.

Scanned with OKEN Scanner

Tentativei de justificare prin necesitate a unei morţi demne se opune atitudinea etică, juridică şi de opinie publică, de condamnare a euthanasiei ca un asasinat prin caritate, ca un act antiuman ce lasă impresia că medicul poate decide în probleme atât de grave cum este dreptul la viaţă şi sănătate.

Deturnarea mesajelor profesiunii medicale, de a lupta pentru viaţă împotriva morţii până la ultima suflare, precum şi riscul ca sub aparenţa euthanasiei să se ascundă acte antisociale, de omor, sunt argumente pentru incriminarea euthanasiei ca omor atenuat, aşa cum prevede legea.

Medicul trebuie să fie întotdeauna de partea bolnavului. Oricât de mari ar fi descoperirile medicinii, vor exista întotdeauna bolnavi fără şanse de vindecare. Dar euthanasia activă vrea să învingă boala sacrificând bolnavul.

Sarcina medicinii este de a nu părăsi bolnavul atât timp cât există cea mai mică şansă de prelungire a vieţii. Luptând cu boala pentru a apăra viaţa, medicul nu poate considera că moartea este în afara domeniului său. El trebuie să asiste muribundul, uşurându-i sfârşitul cu ajutorul cuvântului şi a celorlalte mijloace de care azi dispune medicina. În faţa momentului suprem, medicul trebuie să acţioneze după principiile pe care le dictează raţiunea, mila, caritatea. Drama muribundului în spital este mult mai cruntă decât a celui care sfârşeşte acasă în sânul familiei. Cunoaşterea personalităţii bolnavului va permite medicului să-l asiste psihologic pe cel care va muri, această asistenţă fiind tot atât de necesară ca şi îngrijirea trupului suferind.

Christiaan Barnard, cel care a efectuat primele transplante de cord, bazându-se pe experienţa căpătată venind în contact cu suferinţa emoţională a bolnavilor săi, pledează pentru respectul libertăţii şi demnităţii fiecărei fiinţe umane, care are dreptul să refuze durerile fizice şi morale, degradante şi insuportabile. El este adept al euthanasiei voluntare şi membru al **VESS**, alături de alte figuri cunoscute ale lumii medicale ca **Jonathan Miller** şi **Wendy Savanage**.

Joseph Fletcher, de care am vorbit - considerat de unii ca **tatăl bioeticii medicale**, filosoful contemporan **Sir Alfred Ayer**, actorul şi scriitorul **Sir Dirk Bogarde**, actriţa **Katherine Hepburn** şi marele om de ştiinţă şi scriitor *science fiction* **Isaac Asimov** sunt ***pro*** euthanasia voluntară.

Scanned with OKEN Scanner

Opinia publică şi opinia medicală asupra euthanasiei

Euthanasia, justificată prin nevoia de a respecta dreptului omului de a muri demn, a generat discuţii contradictorii în diverse planuri.

Posibilul amestec politic în fixarea limitelor de tratament este unul din argumentele împotriva legiferării euthanasiei, fiind capabil să genereze cele mai mari abuzuri, având în vedere că medicul, prin apartenenţa sa la societate, prin calitatea sa de cetăţean, este supus regimului politic în care trăieşte.

Atitudinea faţă de euthanasie poate fi analizată şi prin intermediul **sondajelor de opinie (polls)**. Pentru aceasta au fost alese rezultatele a **trei tipuri** de sondaje:

- adresate bolnavilor,
- adresate medicilor,
- adresate populaţiei în general.

I. Sondajele prin chestionare adresate bolnavilor.

Din rezultatele acestora s-ar impune concluzia că bolnavii, chiar handicapaţi profund, preferă să trăiască.

Dintr-un lot de tetraplegici, 95% au afirmat ferm că doresc să fie resuscitaţi în caz de comă.

O echipă de medici din S.UA. a văzut că numai 15% dintre bolnavii lor vor oprirea tratamentului intensiv.

II. Chestionarele de opinie adresate medicilor au avut rezultate diferite în decursul timpului, dar oricum înclinau pentru legalizarea euthanasiei.

a. **În SUA:**

În 1994, o anchetă pe 418 medici din **statul Washington** arată că 54% dintre ei ar practica euthanasia pasivă la cererea bolnavilor condamnaţi sau a familiei lor dacă legea ar recunoaşte validitatea cererii.

În 1995, un chestionar adresat medicilor din **New York** întrunea o proporţie de 80 % în favoarea euthanasiei. Rezultatele au fost similare şi în cazul chestionarelor adresate medicilor protestanţi.

În 1996, Dr. Diane Meier de la *Mount Sinai School of Medicine* din **New York** a chestionat 1.902 medici asupra oportunităţii suici-

Scanned with OKEN Scanner

dului asistat. Eşantionul de medici era format din gerontologi, infecţionişti, oncologi, nefrologi, neurologi şi pneumologi. Se părea că din aceste domenii ale medicinii survin cel mai adesea cererile pentru asistenţă pentru moarte. Datele aflate au fost relevante:

- 6,4% din cei care au răspuns au admis că **au ajutat pe un bolnav să se sinucidă măcar o dată.**
- Se bănuieşte că numărul actual este probabil mult mai mare, dar medicii nu sunt dispuşi să dezvăluie acel acte făcute, pe care alţii le consideră criminale.
- *"...cereri de suicid asistat sau euthanasie sunt frecvent făcute faţă de medicii care practică în specialităţile unde este probabil să îngrijeşti muribunzi, iar decizia de a onora o asemenea cerere nu este rară în Statele Unite."*
- Din grupul care a recunoscut că au ajutat cel puţin un pacient să moară, 53% au spus că cea mai recentă moarte asistată de ei a fost printr-o **injecţie letală**. Ceilalţi au scris reţete cu medicamente sub formă de comprimate în doze care erau mortale.
- **Motivul** care i-a făcut pe medici **să vină în ajutor** bolnavului la suicid a fost: la **29%** din doctori - deoarece **pacientul lor avea dureri foarte mari. 78%** au făcut-o pentru că **pacientul lor era într-o situaţie extrem de neplăcută, alta decât durerea.**
- **Dorinţa pacienţilor pentru de a muri mai repede** a avut mai multe motive:
  - 79% au invocat **alte neplăceri decât durerea**
  - 53% au invocat **pierderea demnităţii**
  - 52% au invocat **frica de simptoame ce nu vor mai putea fi ţinute sub control.**

Studiile de până acum au fost **limitate la nivelul unor state** sau **la nivelul unor specialităţi** cum ar fi oncologia.

În 1997, în prima jumătate a anului, înainte de punerea în vigoare a Legii din Oregon, **Dr. Simon Whitney**, profesor de medicină comunitară şi de familie la Colegiul de medicină Baylor a efectuat unui sondaj printre medici practicieni din SUA şi printre delegaţii AMA (Asociaţia Medicală Americană),

Studiul a fost publicat în numărul din luna mai 2001 a revistei Journal of General Internal Medicine, reprezentând primul sondaj făcut pe întreaga naţiune asupra opiniilor tuturor medicilor asupra suicidului sistat de medic.

Scanned with OKEN Scanner

Au fost examinaţi în mod randomizat 1.320 de medici – 930 de medici obişnuiţi şi 390 de medici delegaţi AMA. Chestionarul a avut o rată de răspuns de 71%, cu o marjă de eroare de plus sau minus 4%.

El a tras următoarea concluzie:

"Medicii obişnuiţi cu drept de liberă practică din SUA susţin într-un număr de aproape de două ori mai mare suicidul asistat de medic, decât colegii lor aleşi pe posturi de conducere în prima organizaţie medicală a naţiunii".

Dintre medicii obişnuiţi intervievaţi, 44,5% au fost pentru legalizare, faţă de numai 23,5% din delegaţii reprezentând AMA.

Delegaţii AMA au adoptat mai frecvent poziţii împotriva suicidului asistat de medic, reprezentând 61,6% faţă de numai 33,9% la medicii obişnuiţi.

Whitney spune că:

"Aceasta nu înseamnă că AMA greşeşte, ci doar că cei de la bază şi conducătorii lor au preocupări şi griji diferite".

El afirmă că opinia medicilor obişnuiţi reflectă preocuparea lor faţă de suferinţa pacienţilor, în vreme ce reprezentanţii AMA sunt preocupaţi mai degrabă de cererile politicii pentru sănătate publică, de preocupările moraliştilor şi de dificultăţile de a schimba legislaţia, având garanţiile necesare.

El arată că nu există un consens regional, pe specialităţi sau pe sexe în care o majoritate să susţină sau să combată legalizarea suicidul asistat de medic.

Excepţiile s-au referit la credinţe politice originale, la importanţa acordată credinţei şi la religia practicată. Conservatorii şi cei care se considerau religioşi practicanţi s-au opus în număr mare.

Medicii evrei erau mai dispuşi spre legalizare, iar cei catolici se opuneau.

Medicii vârstnici sunt la fel de divizaţi, dar opiniile lor sunt mai puternice.

Un mare număr - 22% din medici obişnuiţi şi 15% din delegaţii AMA - au răspuns că nu sunt siguri, dar Whitney atribuie aceasta unui sens mai vag al întrebărilor. Mulţi au răspuns cu expresia "Depinde".

În anul 2001 s-a publicat în JAMA – Jurnalul Asociaţiei Medicale Americane un articol intitulat "**Atitudinile medicilor din Oregon şi experienţa lor faţă de îngrijirile care includ terminarea vieţii, de la intrarea în vigoare a Actului morţii cu demnitate din Oregon**", cu şase autori.

Scanned with OKEN Scanner

Contextul la care se referă este **situaţia reală a practicii clinice** şi a **perspectivei medicilor** de după punerea în vigoare în octombrie1997 a actului din 1994, legalizând suicidul asistat pentru cetăţenii autonomi, competenţi care sunt bolnavi în stadiu terminal.

Obiectivul era examinarea atitudinilor medicilor faţă de practicile faţă de bolnavii muribunzi, de la punerea în aplicare a Actului.

Întocmirea formularelor de chestionar a ţinut seama de **modul de împărţire** care s-a făcut prin poştă în februarie 1999, iar **participanţii** au fost **medici eligibili pentru a prescrie medicaţie în vederea suicidului asistat** în virtutea Actului.

Din 3981 de medici eligibili au returnat chestionarul în august 1999 doar 2641, adică cu o rată de răspuns de 66%.

Medicii au descris **eforturile lor de a îmbunătăţi îngrijirea pacienţilor** începând cu 1994, **atitudinile, grijile** şi **sursele de informare** despre participarea la **Actul morţii cu demnitate** şi **conversaţiile lor cu pacienţii** despre suicidul asistat.

Rezultatele arată că 791 din cei care au răspuns, reprezentând 30% au raportat că **au crescut numărul de trimiteri la hospices.**

Din 2094 de medici care îngrijesc bolnavi terminali, 76% au raportat că **au făcut eforturi de a-şi îmbunătăţi cunoştinţele despre utilizarea medicamentelor împotriva durerii.**

Un număr de 949 de medici (36%) au fost întrebaţi de către bolnavii lor, **dacă ei ar fi capabili să prescrie medicaţia letală.**

Un procent de 7% din toţi participanţii la sondaj au raportat că măcar un pacient sau mai mulţi au fost **revoltaţi când au aflat despre poziţia medicului** faţă de suicidul asistat de medic, iar un procent de 2% au declarat că unul sau mai mulţi pacienţi **au refuzat să mai fie îngrijiţi de acest medic.**

Din 73 de medici dispuşi să prescrie medicaţie letală şi cărora li se ceruse acest lucru, 20 adică 27% **nu erau siguri dacă pacientul avea de trăit mai puţin de 6 luni.**

Concluzia a fost că majoritatea medicilor din Oregon care îngrijesc pacienţi terminali au raportat că, începând cu anul 1994, ei au făcut eforturi de a-şi ameliora cunoştinţele în domeniul îngrijirii acestor pacienţi, iar mulţi dintre ei au întreţinut conversaţii cu pacienţii despre suicidul asistat de medic.

b. În Franţa:

În revista *La Gazette Medicale*, vo1.102, No 26, din iunie 1995 se propune un chestionar de opinie adresat medicilor, după următoa-

Scanned with OKEN Scanner

rea introducere de punere în temă cu tendinţă exhaustivă, pentru a se evita confuzia termenilor:

"Îngrijirile paliative, terapeutica forte, însoţirea muribundului, euthanasie: tot atâtea întrebări etice cu care medicul se confruntă. Iată câteva definiţii:

***Îngrijire paliativă**: tratamentul care se face pacientului incurabil pe lângă cel capabil să modifice cursul bolii şi să influenţeze originea durerii.*

***Euthanasie**: etimologic „moarte bună", cum s-ar spune moarte blândă, fără suferinţă. Acest termen desemnează în prezent o practică constând în grăbirea morţii unui bolnav incurabil pentru a evita suferinţa.*

***Euthanasie activă**: se referă la utilizarea de substanţe calmante sau stupefiante cu rolul de a provoca moartea.*

***Euthanasie pasivă**: absenţa tratamentului medicamentos forte, modificând raportul dintre vârsta şi speranţa de viaţă a pacientului.*

***Practică terapeutică forte**: încercare de a menţine viaţa prin toate mijloacele terapeutice posibile a unei persoane.*

Medicina a devenit activă, intervenţionistă, preventivă, invazivă.

Relaţia medic-bolnav s-a modificat. Caracterul ineluctabil al morţii marchează o limită a puterii medicului.

Astăzi mai mult de 70% din decese au loc la spital, într-un mediu aseptic, tehnicizat, dar dorinţele pacienţilor nu sunt înţelese, foarte adesea. Sfârşitul vieţii lor le este confiscat.

Moartea individuală a devenit tabu: se ascunde cu grijă. Riturile morţii şi doliul tradiţional şi-au pierdut forţa.

Acel a cărui meserie este de a priveghea durata vieţii şi de a vindeca, se află astfel confruntat cu o nouă problemă - de a nu mai suferi să vadă scurtată o viaţă socotită insuportabilă."

Articolul 20 din Codul Deontologic francez stabileşte că „medicul trebuie să se străduiască, să domolească suferinţele pacientului său, dar nu are dreptul să provoace deliberat moartea", dar practica şi teoria demonstrează foarte bine că aceste răspunsuri tradiţionale nu mai sunt suficiente.

Am citat această lungă introducere cu valoare ilustrativă, dar nu suntem în posesia rezultatelor prelucrării acestui chestionar.

c. În Rusia:

Între 1991 şi 1992, **Institutul de Sociologie al Academiei Ruse de Ştiinţe**, în colaborare cu **Institutul Finlandez de Sănătate**

Scanned with OKEN Scanner

Profesională au realizat o **cercetare sociologică** cu scopul de a afla diferenţele care apar în funcţie de gen la nivelul locului de muncă şi rolul în familie al medicilor. Eşantionul a constat din 316 medici din Moscova, de diverse vârste şi specialităţi medicale, iar chestionarul conţinea 109 întrebări, dintre care mai multe erau pe tema de bioetică medicală. Trei autori (Bykova, Yudin, Yasnaya - 1994) au extras răspunsurile care priveau **atitudinea faţă de euthanasie**. Ei precizează că tema a fost discutată din când în când în mas-media (revistele "Cultura", "Gazeta literară", televiziunea Ostankino) aducând înfruntări publice între oponenţi radicali şi susţinători fervenţi. Profesioniştii medicinii dar şi profanii au participat copios la dezbateri reflectând interesul public larg asupra noţiunii.

Studiul a avut **două scopuri**: mai întâi să încerce să clarifice dacă medicii cunosc probleme şi termenul însuşi, iar mai apoi să-şi definească atitudinea asupra permisibilităţii euthanasiei. Se scoate în evidenţă faptul că **legea în vigoare din Rusia interzice euthanasia**, iar cărţile de deontologie medicală au o atitudine extrem de negativă faţă de ea. În practica medicală, însă medicii ruşi violează acest "veto" destul de frecvent, practicând euthanasia pasivă prin întreruperea tratamentelor de menţinere a vieţii sau externând din spital pe cei fără speranţă de ameliorare. Se arată că blamul legislativ asupra euthanasiei este redactat în termeni prea generali şi nu poate fi considerat ca o reglementare cu adevărat funcţională actual.

Plecând de la aceste premise nu ar fi fost etic corect să se formuleze întrebarea: **"Aţi fost nevoit să practicaţi euthanasia în munca dvs.?"**

De aceea întrebarea a sunat:

"Credeţi că euthanasia este permisibilă?" Au fost oferite următoarele patru alternative de răspuns:

- **"Da, dacă pacientul o cere"**
- **"Numai în cazuri excepţionale"**
- **"În nici un caz"**
- **"Nu m-am gândit niciodată la aceasta"**

Este de remarcat că 32 din cei chestionaţi (peste 10%) **nu au răspuns de loc** la problemă; majoritatea lor erau dintre cei vârstnici, împărţirea fiind făcută pe patru grupuri de vârstă. Adunând pe cei care au ales varianta "Nu m-am gândit niciodată la acesta" se pare că aproape **jumătate din cei întrebaţi nu au vrut sau nu au putut să-şi exprime o opinie clară** în această problemă de vitală impor-

Scanned with OKEN Scanner

tanţă. Este posibil ca unii din cei cuprinşi aici au încercat să evite un răspuns clar deoarece întrebarea li se părea prea largă şi prea vagă. Este contradictoriu faptul că ei sunt medici vârstnici, mai experimentaţi, care au avut mai mult timp să gândească la aceste probleme. **Interesul mai mare al cohortelor de tineri în problema euthanasiei este o dovadă a orientării spre schimbarea valorilor în conştiinţa profesională a medicilor.**

Este remarcabil, de asemenea, că peste 40% din cei care au răspuns (şi peste 35% din cei chestionaţi) se gândesc că **euthanasia este permisibilă** în unele situaţii, **în ciuda normelor juridice şi etice proclamate oficial.**

În **funcţie de vârstă** se vede că medicii tineri sunt cei care domină printre cei care au ales prima şi a doua variantă de răspuns (49%). Acest fapt s-ar putea explica şi prin nivelul scăzut de adoptare a "doctrinei oficiale" în ceea ce priveşte standardele profesionale de către medicii mai tineri. Se poate pune întrebarea dacă această tendinţă poate fi interpretată ca o dovadă a **refuzului atitudinii paternaliste faţă de pacienţi, în favoarea unui principiu modern de bioetică medicală - respectul faţă de autonomia pacientului.** Chiar dacă ar fi aşa, lucrurile sunt mai complicate decât par a fi.

Din cele două alternative pozitive ale răspunsului, doar prima face apel la autonomia (la dorinţa) pacientului. Cea de a doua nu face referinţă la acest lucru, deşi nu exclude posibilitatea ca acei care optează pentru ea să ţină cont de dorinţa pacientului de a i se face euthanasie. Oricum prezenţa sau absenţa unei asemenea dorinţe nu este percepută ca un argument decisiv.

Se poate sesiza şi o preferinţă distinctă a **medicilor tineri** pentru a doua alternativă, adică faptul că ei sunt **mai înclinaţi să accepte euthanasia fără să ţină seama de opţiunea pacientului.** În mod invers, se vede că medicii mai în vârstă sunt mai înclinaţi să urmeze voinţa pacientului, deşi la alte grupuri de vârstă nu se sesizează diferenţe semnificative. În mod evident, în asemenea cazuri factorul principal este experienţa anilor de practică, de contact cu pacienţii foarte bolnavi şi cu cei fără speranţă, de cunoaştere a suferinţei umane. Am putea spune *grosso modo* că prima alternativă de răspuns se referă la **euthanasia din compasiune**, iar a doua la **ineficienţa practică a tratamentelor de susţinere a vieţii.**

Diferenţele de sex la cei care nu au dat nici un răspuns nu au semnificaţie. Se vede că femeile sunt mai evazive decât bărbaţii, iar bărbaţii sunt mai dispuşi să admită euthanasia care rezultă din dor-

Scanned with OKEN Scanner

inţa pacientului. Pe total **medicii femei au o atitudine mai paternalistă decât bărbaţii**. Aceasta s-a văzut şi din analiza răspunsurilor la o altă întrebare: **"Credeţi că pacientul are dreptul să fie informat asupra unui diagnostic lipsit de speranţă?"**

În funcţie de **specialitatea medicilor** (Psihiatri, Pediatri, Anestezişti, Chirurgi, Ginecologi, Internişti, Neurologi, Alţii). Se remarcă o dată interesantă - alternativa a patra de răspuns a fost aleasă de puţini anestezişti şi neurologi. Tot ei sunt primii care cred că **euthanasia este permisibilă, mai ales neurologii**, care cunosc ineficienţa sistemelor de menţinere a vieţii pentru restabilirea caracteristicilor personale ale unui pacient. Alternativa a doua este aleasă de medicii din mai multe specialităţi, care, în judecata lor că euthanasia este permisibilă, sugerează că ei sunt mai degrabă înclinaţi, nu asupra dorinţei subiective a pacientului, ci asupra **evaluării obiective a condiţiei sale prezente şi viitoare.**

În funcţie de **poziţia la locul de muncă** (Profesori şi Conferenţiari; Medici Primari şi Şefi de Departamente; Specialişti; Interni; Alţii). Medicii specialişti au reprezentat majoritatea, iar alături de medicii primari, ei sunt cei care trebuie să-şi asume cel mai adesea sarcina unor decizii responsabile, extrem de dificile. 47% din această categorie au ales primele două variante de răspuns. Se vede deci că, **cu cât este un medic mai aproape "de patul bolnavului", cu atât este mai tolerant faţă de euthanasie**. Grupul de medici primari şi şefi de departamente este singurul care a preferat alternativa întâia faţă de a doua. O explicaţie posibilă este că asemenea **funcţii de răspundere sunt ocupate mai adesea de medici mai vârstnici care, dacă au admis euthanasia, tind să se conformeze dorinţei pacientului.**

În funcţie de **locul de muncă** (Institut de cercetare ştiinţifică, Spital general, Spital de psihiatrie sau alt Spital specializat, Ambulatoriu). **Medicii care lucrează la institute de cercetare ştiinţifică împărtăşesc mai degrabă euthanasia în cazuri excepţionale, probabil prin prevalenţa interesului de cercetare ştiinţifică faţă de interesul pacientului**. Există şi posibilitatea ca ei să fie cel mai adesea confruntaţi cu cazurile mai dificile. Din contra, pentru medicii de la spitalele generale, datele asupra primelor două alternative sunt foarte asemănătoare, iar nivelul celor care optează să urmeze dorinţa pacientului este relativ mare faţă de celelalte categorii.

În funcţie de corelaţia cu întrebarea: **"Credeţi că îi puteţi ajuta pe pacienţii dvs. în problemele lor?** Răspunsurile permise au fost:

Scanned with OKEN Scanner

De obicei, nu; Uneori; Adesea; Aproape întotdeauna. Procentul celor care au refuzat să răspundă la întrebare a fost în mare cam acelaşi la toate cele patru grupuri de aici. Numărul celor care dezaprobă în mod absolut euthanasia este relativ redus şi aproximativ egal în cele patru grupuri.

Este interesant că pentru cele două categorii opuse de răspunsuri, numărul celor care "Nu s-au gândit niciodată" la permisibilitatea euthanasiei este foarte mare. Explicaţiile posibile pot fi pentru cei care au răspuns "de obicei nu" - indiferenţa faţă de problemele pacienţilor, iar pentru cei care au răspuns "aproape întotdeauna" - încrederea fermă în posibilităţile lor de a ajuta un pacient.

În funcţie de faptul că **medicul este căsătorit sau necăsătorit.** Singura diferenţă semnificativă a fost la prima alternativă. Se pare că **cei căsătoriţi tind mai adesea să urmeze dorinţa pacientului, decât acei care nu sunt căsătoriţi.**

În finalul studiului se reiau concluziile, menţionându-se că fiind vorba de un studiu pilot, unele din ele sunt mai puţin de încredere, iar că cercetarea trebuie reluată în cadrul altor studii.

Concluzia cea mai izbitoare este că, **în ciuda interesului crescut asupra euthanasiei din partea opiniei publice largi, s-a dovedit că mai mult de jumătate din cei chestionaţi nu au opinie despre aceasta.** Mai mult, unii ar putea sugera că mulţi dintre ei nici nu înţeleg semnificaţia termenului.

Foarte elocvent este şi faptul că peste 35% din eşantion, fără să ţină cont de normele legale - *juridice* şi de cele de îndrumare – *deontologice,* sunt de părere că **euthanasia este permisibilă.** Autorii studiului subliniază însă că, nici dacă 95% din medicii din toată Rusia ar gândi că euthanasia este permisibilă, lucrul în sine nu ar constitui o bază suficientă pentru reglementarea juridică a acestei probleme. Ei subliniază importanţă efectuării unor largi studii publice asupra problemei, nu ca subiect de moft jurnalistic, ci ca o necesitate vitală.

d. În Anglia:

Între iulie şi octombrie 1998, **Comitetul de Etică al Asociaţiei Medicale Britanice** (BMA Medical Ethics Committee) a lansat o importantă **consultare largă** asupra dilemelor etice cu privire la **neînceperea şi întreruperea tratamentelor ca formă de euthanasie.** Răspunsurile s-au primit de la medici, de la organizaţii medi-

Scanned with OKEN Scanner

cale şi de sănătate publică, dar şi de la grupuri de presiune *pro-life* şi *pro-choice* cât şi de la persoane particulare.

e. În Australia:

Pe 12 mai 2000, cu ocazia Congresului Ştiinţific Anual al **Colegiului Regal Austral-asiatic al Medicilor** a fost dat publicităţii un sondaj de opinie efectuat pe aproximativ 1.000 de medici generalişti.

*Cercetătorul **Dr. Charles Douglas** a folosit metoda chestionarelor anonime expediate prin poştă. El a afirmat în faţa Colegiului că scopul acestui sondaj a fost aflarea atitudinii medicilor faţă de euthanasie în lumina faptului că legislaţia permisivă din Teritoriul Australiei de Nord a fost respinsă, iar în Olanda se câştigă tot mai multă experienţă în acest domeniu. S-a stipulat cu claritate că se face referinţă la **administrarea unor medicamente cu intenţia de a grăbi moartea**, pentru a nu se face confuzia cu abţinerea sau întreruperea vreunui tratament. Din rezultatele acestui sondaj se poate vedea:*

- *43% dintre medicii generalişti sunt* pentru ***legiferarea euthanasiei active voluntare;***
- *44,5% sunt* de acord ***cu legiferarea suicidului asistat de medic;***
- *27% au afirmat că **li s-a cerut să administreze o doză letală de medicament**, iar 41 de medici au recunoscut că au dat curs acestei cereri, **făcând pacientului o injecţie mortală;***
- *10% au spus că **li s-a cerut să pună la dispoziţie mijloace cu care pacientul se poate sinucide**, iar doi medici au revelat **că au fost de acord** să ducă la îndeplinire o asemenea cerere.*

Preşedintele Colegiului, Dl. Bruce Barraclough a conchis după prezentarea datelor, spunând că "medicii nu au nici obligaţie legală sau etică de a menţine un tratament inutil, chiar dacă acel tratament îl menţine pe bolnav în viaţă".

Cu această ocazie, Dl. Barett Lau a afirmat următoarele:

"Problema administrării cu talent a unui tratament pentru scurtarea vieţii solicită compasiunea, îndemânarea şi puterea de judecată a medicilor".

III. Sondajele folosind **chestionare adresate populaţiei** au avut rezultate variate, în funcţie de amploarea şi precizia întrebărilor puse.

În **Anglia**, în 1939, un sondaj de opinie întrunea 68% de adeziuni pentru euthanasie.

Scanned with OKEN Scanner

În **S.UA**, la sfârşitul anului 1939, un sondaj de opinie realizat de Institutul Gallup în rândul populaţiei a obţinut în 46% acordul pentru legalizarea euthanasiei.

Dacă în 1950 doar 36% din cei anchetaţi în SUA admiteau ca medicii să fie autorizaţi de a pune capăt unei existenţe chinuite printr-un procedeu nedureros, cota a crescut la 75% în mai 1966, pentru a scădea din nou la 53% în 1973.

În **Franţa**, în1987, dintr-un astfel de sondaj de opinie efectuat a rezultat:

- 85% erau pentru a recunoaşte dreptul de a fi ajutaţi să moară celor care suferă de o boală gravă sau incurabilă;
- 79% declarau că dorinţa de a muri a bolnavului trebuie respectată dacă acesta a exprimat-o mai înainte în scris;
- 76% susţineau nevoia unei modificări a codului penal, pentru ca cei care ajută persoanele să moară să nu mai fie pasibili de urmărire judiciară.

Surprinzător a fost faptul că 44% dintre catolicii practicanţi au declarat că sunt favorabili principiului euthanasiei active.

Cele mai recente rezultate ale sondajelor de tip Gallup arată următoarele:

- 80% pro în Marea Britanie
- 76% pro în Canada - în 1995; creştere de la 45% în 1968
- 81% pro în Australia - în 1995
- 57% pro şi 35% contra în S.UA. - iunie 1997

Pentru **Statele Unite ale Americii** situaţia susţinătorilor euthanasiei a evoluat ascendent după cum urmează:

- 46% în Washington (1991)
- 46% în California (1992)
- 60% în Oregon (1997); creştere de la 51% în 1994.

Rezultatele unui sondaj efectuat de **Asociaţia Medicală Americană** au fost date publicităţii pe 6 ianuarie 1997, sub următorul motto:

"UNEORI IGNORANŢA NUTREŞTE FRICĂ, IAR FRICA POATE DETERMINA ANUMITE ATITUDINI, DACĂ IGNORANŢA NU ESTE ÎNLĂTURATĂ".

Cei care au făcut chestionarele şi le-au distribuit au fost **Global Strategy Group** din New York City, cu o margine de eroare de ± 3,1%, la un nivel de confidenţă de 95%. S-a văzut că oamenii îşi mai schimbă concepţia despre suicidul asistat, atunci când cunosc toate faptele. Adică: nu vă grăbiţi la concluzii când aţi citit că ultimul sondaj vă informează că 70% din americani doresc suicid asistat medical.

Scanned with OKEN Scanner

Sondajul **Asociaţiei Medicale Americane** relevă că în proporţie de 5 la 1, americanii, informaţi pe deplin asupra opţiunilor disponibile, ar prefera îngrijirea pentru confortul bolnavului şi moartea naturală, mai degrabă decât "asistarea morţii". Există chiar organizaţii devotate **îngrijirilor paliative** care promovează acest tip de opţiuni.

Rezultatele celui mai recent sondaj american făcut de Campania **"Ultimele acte"** (The Last Acts) au fost aduse la cunoştinţa publicului în martie 1999, înainte de începerea procesului de omor intentat Doctorului Jack Kevorkian.

Organizatorii campaniei au declarat că speră să meargă înainte cu ajutorul cetăţenilor şi a unor organizaţii puternice şi cu fonduri din partea fundaţiilor "Robert Wood Johnson" şi "Nathan Cummings".

Alte grupuri cum ar fi A.M.A. (American Medical Association), Asociaţia Americană de Cancer, Asociaţia pentru boala lui Alzheimer's s-au coalizat şi au pornit programe model, fiind dispuşi să ofere resurse pentru eforturi similare. **Rosalynn Carter** soţia fostului preşedinte al S.UA. Jimmy Carter este preşedintă de onoare a grupului.

Pentru a arăta cât de puţin s-a făcut în acest domeniu, s-a efectuat pe 5 - 7 martie 1999 o observare naţională (**national survey**) a 1000 de cetăţeni americani care au dat note mici pentru modul cum profesiunea medicală îi ajută pe pacienţi şi familiile lor să facă faţă cu boala terminală. Sondajul efectuat a notat cu "insuficient" sau "satisfăcător" modul cum personalul medical ajută la îndepărtarea durerii, la păstrarea demnităţii, la implicarea familiei în deciziile de sfârşire a vieţii.

Populaţia şi-a exprimat deschis unele frici dintre care cele mai importante erau:

- *Oamenii nu vor fi ascultaţi.*
- *Vieţile lor vor fi prelungite în mod inutil cu ajutorul maşinilor.*
- *Durerea lor nu va fi recunoscută şi va fi tratată insuficient.*
- *Ei vor fi săraciţi (*prin cheltuieli medicale netrebuincioase*) sau vor fi abandonaţi morţii.*

Grupul a întocmit un îndrumător pentru a veni în ajutorul pacienţilor şi a familiilor lor pentru ca ei să primească o îngrijire medicală de înaltă calitate, oferită cu compasiune. În viziunea lor, echipa medicală care oferă cele mai bune îngrijiri, îndeplineşte cinci linii directoare:

- *Respectă dorinţele celor pe moarte.*
- *Se preocupă de nevoile emoţionale, sociale, spirituale şi medicale ale muribundului.*
- *Susţine pe membrii familiei acestuia.*

Scanned with OKEN Scanner

• *Îi ajută pe oameni să ia contact cu profesionişti care oferă şi alte servicii, cum ar fi activiştii pe tărâm social şi clericii.*

• *Găseşte modalităţile de a depăşi greutăţile cu casele de asigurări şi îmbunătăţeşte educaţia personalului medical în îngrijirile terminale.*

Experţii sfătuiesc pe cetăţeni ca, în cazul în care medicii nu îndeplinesc aceste condiţii, **să-şi caute alţi medici**.

În **Australia**, un sondaj de opinie efectuat în iulie 1995, de către **Newspoll** a găsit că 81% din adulţii australieni sunt pentru euthanasie voluntară. Este o creştere faţă de sondajul precedent din iulie 1994 care era de 79%.

Un alt sondaj de opinie australian făcut în iunie 1995 de către **Roy Morgan Research Centre** a arătat o cifră asemănătoare, de 78% *pro*. Ei au evidenţiat o creştere de la numai 66% pentru - din 1986.

În statul Victoria din Australia - 60% din medici şi 78% din surori sunt pentru euthanasie voluntară.

Un sondaj făcut în **6.500 de congregaţii creştine** australiene, în 1996, reprezentând 19 grupări arăta că 40% agreau suicidul asistat, 30% se opuneau, iar 30% erau indecişi. La nivelul altor biserici, susţinerea este chiar mai mare (50% pentru la cei de 60 de ani sau mai în vârstă).

În **Olanda** s-au făcut numeroase sondaje adresate populaţiei profane în decursul anilor. Acolo există deja o expresie prin care medicaţia folosită pentru euthanasie este denumită "**pilula lui Drion**", după numele fostului preşedinte al Curţii Supreme de justiţie care a susţinut această medicaţie încă din 1992.

Institutul Olandez pentru sondaje de opinie, **Intomart** a efectuat un sondaj în masa populaţiei **după ce Parlamentul Olandez a adoptat Legea ce legitima euthanasia.** El a fost dat publicităţii în iunie 2001 de către Agenţia France-Presse.

Concluzia că **mai mult de 50% dintre cei care au răspuns sondajului sunt în favoarea administrării pilulei letale vârstnicilor care nu mai doresc să trăiască** a fost difuzată pe programul de televiziune "Netwerk" .

Un procent de 46%, reprezentând oameni de peste 60 de ani au declarat că ei se opun folosirii unei asemenea medicaţii.

Opinia a 82% dintre intervievaţi a fost că:

"Pilula letală, care va fi fabricată cât de curând nu trebuie să fie la îndemâna oricui care o doreşte."

Scanned with OKEN Scanner

EUGENIA

Definirea conceptului

Conceptul de eugenie a fost creat de antropologul englez **Francis Galton** (1822-1912) şi presupune *„studiul influenţelor susceptibile de a fi supuse autorităţii sociale şi capabile de a îmbunătăţi sau de a vătăma calităţile rasiale ale generaţiilor viitoare fie în mod fizic, fie în mod mintal"* (Eugen Relgis).

Dicţionarul explicativ al limbii române defineşte astfel termenul de eugenie (care în greaca veche înseamnă *„origine nobilă"*) - disciplina care studiază aplicarea practică a biologiei eredităţii în ameliorarea genetică a indivizilor.

Mulţumită geniului lui **Charles Darwin** şi a vărului său **Galton**, noţiunea de ameliorare evolutivă prin selecţie a dat o bază ştiinţifică fermă eugeniei, iar în anii post - belici s-au făcut progrese notabile în aplicarea descoperirilor geneticii moderne la specia umană. Cu toate acestea, eugenia nu a fost recunoscută ca disciplină ştiinţifică de mulţi oameni de ştiinţă.

Era contemporană începe cu redescoperirea independentă a legilor lui Mendel de către Carl Correns, Hugo de Vries şi E. von Tschermak şi cu lucrările lui T.H.Morgan şi ai celor din şcoala lui.

Se putea folosi noul concept în care gena era o unitate materială minusculă de pe cromozom, codificând un caracter particular care putea fi transmis de la părinte la urmaş, izolat de orice influenţă externă. Acest lucru a permis ca **"teoria genetică a selecţiei naturale"** să devină paradigma dominantă în biologia evoluţionistă.

Acest adevăr părea lipsit de valoare. S-a văzut însă că în ciuda sincerităţii neîndoielnice şi a dedicării oamenilor de ştiinţă, ştiinţa nu mai constituia o căutare dezinteresată şi lipsită de valoare a adevărului, ci era influenţată la fiecare pas de factori inerenţi contextului socio-economic şi cultural-istoric în care ea exista. Asemenea "variabile contextuale" au fost identificate tot mai frecvent de cei care priveau ştiinţa ca pe o "înţelepciune socială".

Redescoperitele legi ale lui Gregor Mendel au fost folosite pentru a susţine argumentul, mult folosit la începutul secolului că, *reforma socială este sortită eşecului datorită predeterminării ereditare a capacităţilor umane.* Un corolar inevitabil era considerarea eugeniei ca singura metodă de a proteja generaţiile următoare.

Scanned with OKEN Scanner

Genetica a fost privită astfel ca **un fundament ştiinţific plauzibil pentru susţinerea economiei capitaliste a liberei întreprinderi** la începutul anului 1900.

Mii de oameni categorisiţi drept retardaţi mintali au fost sterilizaţi în SUA între 1920 şi 1950, majoritatea după legi ale diverselor state susţinute de Curtea Superioară. Un procent semnificativ dintre ei aparţineau grupurilor minorităţilor sau erau lipsiţi din punct de vedere economico-social.

Tribunalele eugenice naziste au cerut mai întâi sterilizarea unui număr neprecizat de oameni, estimat de unii la aproximativ un milion între 1933-1940.

Începând cu 1988 în Republica Populară Chineză, prin intermediul legilor provinciale s-a cerut sterilizarea persoanelor retardate mintal. Avorturile sunt obligatorii după un anume număr de copii. În provincia Henan unele legi prevăd sterilizarea tuturor persoanelor căsătorite cu "boli ereditare serioase, incluzând boli mintale, incapacitate mintală ereditară, malformaţii ereditare". Ca răspuns la atitudinea Chinei, Fondul Naţiunilor Unite pentru Activităţi Populaţionale (UNFPA) s-a oferit să finanţeze un studiu naţional asupra cauzelor şi prevenţiei retardării mintale.

Nu mai există controverse ştiinţifice asupra contribuţiei semnificative a geneticii în absolut orice aspect al funcţionării organismelor. Aşa cum inteligenţa este măsurată prin teste convenţionale, acest lucru este acceptat pentru multe trăsături comportamentale. Proporţia în care variabilitatea unui caracter poate fi atribuită genelor sau mediului rămâne incertă. Sunt discuţii asupra datelor recoltate din 14 ţări care sugerează *" în mediul obişnuit al clasei largi de mijloc din societăţile industrializate, două treimi din variaţia IQ care se observă poate fi atribuită variabilităţii genetice"*, dar această moştenire estimată nu trebuie extrapolată la extremele dezavantajate găsite în aceste contexte sociale. (Bouchard).

Entuziasmul pentru noua genetică **nu eludează rolul crucial al mediului** în determinarea impactului informaţiei codificate genetic cu individul în curs de dezvoltare sau matur.

Printre bolile complexe cu impact asupra sănătăţii publice care par să cuprindă atât factori ereditari cât şi gene multiple, cel puţin trei până la cinci acţionând împreună, se citează variate forme de artrită , cancer, hipertensiune, obezitate, diabet, scleroză multiplă, unele forme de boli mintale şi o parte din bolile auto - imune. Studiile

Scanned with OKEN Scanner

de lungă durată a diferenţelor şi similitudinilor psihologice la gemenii care au fost crescuţi separat sugerează natura generală a interacţiunii determinanţilor de mediu şi genetici, deşi mecanismele specifice de legătură sunt necunoscute. Când **variabilitatea mediului este mică** (cum ar fi de exemplu când contextul social este similar pentru toţi care cresc în cadrul lui, iar influenţa culturală este relativ omogenă) capacitatea de transmitere a caracterelor este mare. În mod contrar, într-o **circumstanţă eterogenă** (unde există variaţii fenotipice crescute) capacitatea de transmitere a comportamentelor specifice, cum ar fi cele lingvistice sau religioase, este joasă.

Unii emit consideraţii psihologice semnificative pentru estimarea consecinţelor unei **manipulări genetice deliberate** cu scopul de a produce un anume tip uman, având drept corolar reducerea eterogenităţii genetice. Bouchard spune:

"Specia umană ai cărei membri nu se deosebesc genetic în ceea ce priveşte atributele semnificative cognitive şi motivaţionale şi care au fost uniformizaţi prin standarde curente va crea o societate cu totul diferită decât cea pe care o ştim noi. Societatea modernă nu creşte doar influenţa genotipului asupra variabilităţii comportamentale, ci permite acestei variabilităţi să contribuie în mod reciproc la pasul rapid al schimbului cultural".

Pe lângă datele binecunoscute, **cercetarea genetică contemporană** caută să descopere **semnificaţii noi** pentru elementele ne-genice ale cromozomilor şi **noi influenţe** asupra funcţiilor anumitor gene (cum ar fi aceea a genului parental).

Jumătate din materialul genetic al fiecărui individ provine de la fiecare dintre părinţi. Unele tulburări genetice au originea în probleme ale genelor; altele sunt asociate cu cromozomi supranumerari sau cu fragmente de material cromozomial în plus sau în minus - majoritatea embrionilor şi feţilor avortaţi natural au probabil **defecte cromozomiale severe**. Aproximativ 4000 de asemenea tulburări au fost identificate ca posibile rezultând din defectul unei singure gene. Capacitatea de a prevedea apariţia unei asemenea tulburări este crescută cu fiecare nouă descoperire despre zestrea genetică a omului.

Unul dintre cele mai ambiţioase proiecte ştiinţifice internaţionale ale sfârşitului de secol este efortul de a carta şi de a pune în ordine genomul uman, lucru denumit "**Noua anatomie**".

De la prima hartă de linkage genetic din 1913, cercetarea permanentă a făcut comparaţii de genoame între organisme, grupuri funcţio-

Scanned with OKEN Scanner

nale de gene sau familii de gene dispersate şi a asociat regiunile cromozomiale cu patologia. Scopul principal al eforturilor de zi cu zi este de a descrie ordinea sau relaţiile spaţiale în acele peisaje genetice cum ar fi polimorfismele, genele şi secvenţele AND cu scopul de a executa o hartă de linkage, o mulţime de hărţi fizice şi începuturile unei secvenţe compozite de AND. Pe scurt, scopul constă în **cunoaşterea informaţiei conţinute în genom şi a relaţiilor fizice şi funcţionale dintre diferitele lui regiuni.**

Diversitatea spontană, amintită de **Charles Darwin** *("viaţa este un polimorfism fără sfârşit")* a fost categorisită de către **Mayor**, în 1985 drept "**un drept uman fundamental care ar fi violat prin modificările artificiale ale genomului**".

Majoritatea mutaţiilor nu sunt însă exprimate funcţional. Acelea care alterează capacitatea de a genera proteine care să ducă la bun sfârşit funcţiile lor specifice devin aparente la generaţiile care urmează odată cu afectarea gameţilor. Condiţiile mutagene sunt stimulate de agenţi fizico-chimici sau biologici care măresc transformarea zestrei cromozomiale.

Predicţia ţine seama de faptul că expresia genomului este modulată de informaţie extra genetică, care duce la cărări de diferenţiere nu întotdeauna previzibile. Determinarea genetică este modificată în mod continuu de o manieră arbitrară de către mediu, cu expunere la elemente semnificative adesea determinate de comportament individual de asemenea arbitrar. Se produc mutaţii în mod continuu în secvenţa miliardelor de nucleotide purinice şi pirimidinice în cadrul genomului, într-o manieră arbitrară, în aşa fel încât **genomul fiecărui individ este unic şi într-un proces de continuă transformare.**

"Intervenţia omului în procesul de selecţie naturală (produs al mutaţiilor arbitrar) trebuie să ţină seama de gradul de libertate care poate fi riscat pentru a obţine un beneficiu" (Mayor F. ,1985).

În acelaşi timp s-a considerat o "responsabilitate a statului", cel puţin în unele zone, de a menţine condiţiile ecologice în afara factorilor mutageni.

O hartă detaliată a genelor este necesară procesului final de înţelegere al biologiei organismului viu, iar în mod special - pentru bio - tehnologia clinică, cu ţelul de a preveni şi trata bolile genetice.

Comunitatea ştiinţifică a emis unele **opoziţii**, referitoare la cheltuielile masive de fonduri, timp şi personal - în ciuda valorii esenţiale a proiectului de cartare la genomului.

Scanned with OKEN Scanner

Speculaţiile despre eventuala semnificaţie a noii genetici la un nivel global sunt dificile. **Pentru părinţii copiilor şi copiii bolnavi luaţi individual**, valoarea umană a predicţiei, prevenţiei şi, poate chiar, a tratamentului este incalculabilă. Impactul ei cu **sănătatea publică** va fi minim, însă. În foarte multe ţări rata mortalităţii noi născuţilor şi copiilor prin infecţii, malnutriţie şi accidente este atât de mare, încât salvarea câtorva de boli genetice este insignifiantă din punct de vedere numeric. Nici chiar în democraţiile industrializate numărul lor nu este decât relativ mic.

Opoziţiile cele mai ferme în materie de **eugenie pozitivă prin ameliorare genetică** sunt cele ale guvernelor şi organismelor medicale naţionale şi internaţionale în problema **clonării omului**.

Aşa zisele "avantaje ale clonării umane" au fost prezentate de geneticianul **Hans Ionas** în 1997:

- posibilitatea de a crea indivizi cu calităţi excepţionale - frumoşi, sănătoşi, puternici, rezistenţi în condiţii deosebite, geniali - ameliorând rasa umană;
- producându-se indivizi sănătoşi se vor diminua riscurile bolilor ereditare;
- cuplurile sterile vor putea avea copii;
- cuplurile de homosexuali (pederaşti şi lesbiene) vor putea avea copii;
- copiii vor fi făcuţi după preferinţă - se poate alege sexul; se poate alege genitorul; taţii şi mamele se pot clona pe ei înşişi;
- celulele prelevate de la un copil vor fi păstrate pentru a fi folosite pentru clonarea lui, în cazul nefericit când acesta moare;
- dublura unui clonat poate fi păstrată ca rezervă, în stare embrionară, furnizând ţesuturi şi organe pentru transplant necesare în caz de accident, originalului.

Enumerarea continuă în mod elucubrant, cu conotaţii politice şi sociale care denotă o spiritualitate ficţionară, pseudo-ştiinţifică.

În plus, deoarece elementele cunoaşterii ştiinţifice sunt tot mai amestecate cu miturile transmise ca o cultură orală, iar mas-media vehiculează tot mai multe date asupra cercetării, **interesul public asupra eredităţii rămâne crescut**. Împreună cu interesul general faţă de ştiinţă, el este evident mai ales în societăţile industriale culte, unde valorile ca **autonomia** şi **justiţia** sunt percepute uneori ca fiind în conflict cu acele asociate cu **ordinea** şi **previzibilitatea**.

Scanned with OKEN Scanner

În unele privinţe, **ştiinţele sociale diferă radical de ştiinţele naturii**; nu se pot obţine succese punând în practică aceleaşi metode simple de care se servesc mai bătrânele lor surori. În ştiinţele naturii, fenomenele se izolează pentru a fi studiate, eventual într-un experiment controlat - ca în fizică sau genetică. Analistul social nu poate dispune de astfel de experimente; el poate încerca doar să găsească o corelaţie între mai multe variabile. El lucrează pe principiul cauzalităţii multiple, iar ceea ce este mai important, este faptul că el însuşi face parte din propriul material de lucru. În acest mod **criteriologia** după care apreciază rezultatele unui experiment este în mod funciar **subiectivă**, căci analistul nu poate trece peste prejudecăţi, iar munca lui nu poate fi verificată după nişte criterii obiective, acceptabile de către toţi oamenii normali.

Eugenia nu este o ramură a ştiinţelor naturii, ci una a ştiinţelor sociale. Ea iese din sfera noţiunilor de genetică umană, cu toate că **scopul** ei declarat este cel **de a ameliora rasa umană prin îmbunătăţirea calităţilor ei genetice.**

Eugenia îşi propune să studieze prezenţa diferitelor tipuri şi trăsături moştenite în rândul populaţiei, si faptul că acestea pot fi crescute sau diminuate în cursul generaţiilor, ca un rezultat al selecţiei - inconştiente sau deliberate, naturale sau artificiale. Ea va încerca totodată să utilizeze rezultatele acestor studii pentru controlul populaţiei. Eugenia **studiază, deci, implicaţiile selecţiei diferenţelor genetice umane.**

Societate şi eugenie

Mediul social este, de departe, cea mai importantă parte a mediului înconjurător al omului. Eugenistul, cercetătorul în domeniul eugeniei, este confruntat cu principiul multi-cauzalităţii, aşa cum apare el în ştiinţele sociale. Din mai multe motive, el trebuie să studieze mai întâi **mediul înconjurător:**

1. Pentru că nu poate fi adus la acelaşi nivel în mod experimental, el trebuie să disjungă efectele acestuia faţă de adevărata influenţă genetică. Dacă, de exemplu, statura mică a celor din aşa-zisele clase inferioare se dovedeşte a fi datorată unei diete insuficiente, lucrul nu are nici o semnificaţie eugenică.

2. Datorită controlului chiar limitat al condiţiilor sociale, este posibil să se altereze efectul unui factor genetic. Diabeticii de tip I, care erau sterili prin însăşi efectul evoluţiei bolii, procreează astăzi datorită tratamentului corect aplicat, transmiţând gena bolii.

Scanned with OKEN Scanner

3. Mediul înconjurător însuşi exercită o influenţă selectivă. O civilizaţie de pionierat (vestul american, Australia) va atrage mai întâi deopotrivă şi va încuraja mai apoi tipuri umane diferite de cele care vor fi atrase şi încurajate de o civilizaţie veche şi stabilă.

4. În planificarea unui program eugenic, eugenistul trebuie să ţină seama de sistemul social în care el doreşte sau speră să trăiască "rasa lui ameliorată". Scopurile abordate vor fi diferite dacă se are în vedere o societate naţionalistă, pe picior de război, sau una care propăşeşte pacea şi progresul cultural.

Diferenţele rasiale

În 1934 a fost emisă o teorie falsă care afirma că rasele majore umane (varietăţile de culoare) ar trebui privite ca specii umane adevărate. Această gravă eroare trecea cu vederea particularităţile speciei *Homo sapiens* , ignorându-se mobilitatea şi tradiţia oamenilor. Grupurile etnice diferă, fără îndoială, în mult privinţe cum ar fi valorile medii, tipul şi nivelul de variabilitate al caracterelor fizice - statura, culoarea pieii, forma capului şi a nasului. Aceste diferenţe sunt genetice, iar unii pot sugera că vor apare diferenţa genetice în caracterul emoţional şi intelectual, atât cantitativ cât şi calitativ. Grupuri etnice diferite folosesc limbi şi culturi diferite, iar efectul mediului cultural este atât de puternic, încât surclasează şi maschează orice efect genetic. Fenomenul este vizibil toate societăţile cosmopolite de astăzi.

Pericolul pseudo - ştiinţei a fost în mare măsură îndepărtat în anii de după cel de al Doilea Război Mondial. Naţionalismul german şi anti-semitismul care se simt în manifestările extremei-drepte şi astăzi au folosit nişte pseudo-teorii pe care le-au mitizat. Preluarea de la **Friderich Max Mueller** a distincţiei între arian şi ne-arian, pe care el însuşi a regretat-o şi a negat-o ulterior, nu a însemnat decât o *"perseverare in errare"*.

Justificarea măsurilor anti-evreeşti s-a făcut tot pe o bază falsă, deoarece evreii din Diaspora reprezintă o grupare pseudo-naţională, cu baze religioase şi culturale, şi nu un grup etnic cu o bază genetică. Legile care cuantificau cantitate de sânge evreiesc permisibilă la un arian nu aveau o semnificaţie biologică reală.

Pretinsa inferioritate a rasei negre sau "colorate", cu toate tribulaţiile denominative considerate injurioase care au dus la legiferări pentru a da satisfacţie grupului dezavantajat, se mai discută încă

Scanned with OKEN Scanner

"cu uşile închise", în cercuri restrânse. Ce este sigur este că acel care preferă să i se spună "black people" şi nu "negro" sau "coloured" şi nu "mulatto" trăiesc astăzi defularea refulărilor de ieri ale părinţilor lor.

Se pare că **aşa-zisele probleme rasiale** din statele foste metropole coloniale care s-au populat vrând - nevrând cu nativi din colonii sunt de fapt **probleme ale contactului între culturi.** O civilizaţie sau o clasă dominantă doreşte să-şi continue dominanţa asupra unei civilizaţii sau clase de culoare sau tip etnic diferit, temându-se că valorile ei vor fi afectate dacă va încerca să asimileze valorile provenind din alt grup. În România de azi există unele probleme la cei care doresc să-şi însuşească, fără o bază temeinică, elemente din cultul budismului, yoga, sau islamism.

Politica eugenică

Prin reducere la absurd, presupunând că cineva demonstrează superioritatea genetică a unei rase sau clase asupra altei rase sau clase, diferenţele la nivelul de mijloc vor fi minime, cu siguranţă. În acelaşi timp, o proporţie considerabilă din grupul "inferior" va fi de fapt superioară jumătăţii de jos al grupului "superior". Astfel, **nu va putea apare nici un progres eugenic rapid prin încurajarea reproducerii unei rase în detrimentul celeilalte.** Rezultatele ar putea apare, teoretic, doar prin eliminarea virtuală a câtorva tipuri cu adevărat degenerate, combinată cu o rată înaltă de multiplicare a câtorva tipuri avansate şi dotate. O atare **genetică populaţională** nu este astăzi aplicabilă la specia umană.

O societate ideală îmbunătăţită prin eugenie, a unei naţiuni oarecare, va fi diferită dacă se ţine seama de sistemul social-politic avut în vedere: capitalist, socialist, militarist, pacifist-internaţionalist. Chiar dacă ne-am propune să lucrăm cu standarde exclusiv genetice, imaginea ideală a mediului înconjurător omului, nevoile şi realităţile prezentului şi prejudecăţile noastre vor influenţa atitudinile noastre. Ar putea exista trei eventualităţi de urmat pentru implementarea unui **program eugenic**:

a. Acceptând ca **fiind dat tipul de mediu social**, vom ajusta programul eugenic după el. În practică vom fi forţaţi desigur să abordăm un punct de vedere dinamic, ţinând seama de tendinţele schimbării în cadrul mediului, presupunând în acelaşi timp că sistemul social nu va fi modificat în mod fundamental.

Scanned with OKEN Scanner

b. Ne vom imagina **un mediu social ideal**, în mod ştiinţific, sau cel mai bun care poate fi gândit, iar măsurile eugenice vor fi adoptate în consecinţă, sperând cu pioşenie că de-a lungul timpului schimbarea socială se va ajusta singură după idealul nostru, sau după vreo măsură de schimbare genetică introdusă de noi.

c. Se poate tenta un **atac conjunct atât asupra mediului cât şi asupra plasmei germinative**. Plecând de la premisa că deţinem mijloace de control asupra mediului social, trebuie să ne ajustăm programul genetic la programul schimbării mediului. Aşa am avea o medie între ideal şi utilitatea imediată, adică între ceea ce ne-am dori şi ceea ce am fi dispuşi să acceptăm (Julian Huxley, 1950).

Eugenia poate fi:

- **pozitivă** atunci când promovează descendenţii proveniţi din indivizi excepţional dotaţi.
- **negativă** atunci când elimină efectele transmiterii la descendenţi a unor însuşiri genetice nefavorabile.

Eugenia negativă poate fi:

- **activă**
- **pasivă**

În Germania nazistă a existat un revers aşa zis **"pozitiv" al eugeniei**, prin care s-au înfiinţat şi au funcţionat **lebensborn**-urile. Un lebensborn (izvor al vieţii) era un centru, într-o clădire relativ izolată, unde erau aduse femei blonde şi cu ochi albaştri ca să procreeze cu ofiţerii SS, având în vedere că membrii rasei ariene erau împuţinaţi de război. Mulţi dintre cei rezultaţi din aceste "concepţii dirijate" au avut ulterior de suferit din punct de vedere psihologic, deoarece după război, mamele lor au trebuit să le ascundă adevărata origine, pretinzând că sunt văduve de război.

Clonarea ar constitui o metodă şi o formă de **eugenie pozitivă**.

Conceptul de **eugenie negativă activă** este echivalent cu **euthanasia eugenică**. Cea mai celebră şi tristă intervenţie justificată prin ea a fost **genocidul** care a avut loc în urma legii promovate de Hitler în 1939, prin care au fost eliminaţi în doar câteva luni peste 400. 000 de „indivizi indezirabili".

În cadrul euthanasiei eugenice poate fi încadrat şi **riscul de deces prin lipsa medicamentelor necesare sau a tratamentelor adecvate**, favorizându-se astfel selecţia naturală a indivizilor cu rezistenţă crescută la impactul cu mediul.

Scanned with OKEN Scanner

Conceptul de **eugenie negativă pasivă** cuprinde **consultul şi sfatul genetic**, acceptate ca acte medicale compatibile cu profesia medicală.

Metodele eficiente de **control al naşterilor** (birth control) şi de **inseminaţie artificială** au dus la o **separare a funcţiei sexuale de cea reproductivă**. Astăzi este posibil ca bărbatul şi femeia să-şi exercite funcţia sexuală cu cei pe care îi iubesc, iar cea reproductivă cu cei pe care îi admiră, sau îi preferă pe alte criterii.

Politica de stânga sau cea de dreapta, cea naţionalistă şi imperialistă au abordat problemele eugenice, unii trecând şi la manopere eugenice.

Cel mai ades este incriminată ca **manoperă eugenică** - *sterilizarea non - voluntară a bolnavilor psihici.*

Sterilizarea persoanelor handicapate mintal

Problema sterilizării persoanelor handicapate mintal este foarte încărcată emoţional, pentru toate motivele care ţin mai ales de particularităţile fiecărui caz, trimiţând la o amintire de familie. Printre altele, aceasta antrenează grele sarcini ideologice, în măsura în care problema sterilizării s-a încrucişat frecvent cu cea a **politicilor eugenice**, inclusiv derivatele lor cele mai grave.

Cu certitudine aceste acte de sterilizare s-au realizat înaintea introducerii metodelor hormonale fiabile de contracepţie, dar aceasta nu justifică caracterul clar abuziv, a unui mare număr dintre aceste intervenţii.

În acest context, în care se pune problema persoanelor handicapate mintal, la care comportamentul sexual poate incita părinţii sau profesioniştii să propună intervenţii de sterilizare tubară, datorită handicapului lor, este **imposibilă obţinerea consimţământului persoanei**, deci luarea în consideraţie a acordului sau refuzului lor. Aceste sterilizări sunt deseori desemnate în literatura medicală ca fiind **sterilizări non voluntare, sau non consensuale**.

Literatura se referă uneori şi la **sterilizările eugenice**, atunci când o sterilizare vizează implicit împiedicarea unei persoane, a cărei deficienţă este considerată ca transmisibilă, să procreeze.

S-ar mai putea aplica acest termen **sterilizărilor voluntare consimţite** de persoane care, ştiindu-se purtătoare ale unei boli grave, preferă să pună capăt capacităţilor lor de procreare.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste situaţii pun în relief extrema complexitate a alegerilor care aici sunt comandate nu numai de **dificultatea de a defini o deficienţă** şi a ţine cont de consecinţele ei, dar înainte de toate, prin atenţia pe care o poartă societatea pentru **respectul persoanelor handicapate şi drepturilor lor**. Întreaga semnificaţie a acestei noţiuni de respect implică, pentru societatea noastră, costuri care nu sunt întotdeauna evaluabile, dar care nu sunt mai puţin reale, ascultarea şi urmărirea persoanelor handicapate presupunând vigilenţă şi competenţă.

Sterilizarea chirurgicală non voluntară a persoanelor handicapate mintal, bărbaţi şi femei, a fost **foarte larg practicată în lume**, în special în prima jumătate a secolului XX. Această practică s-a născut într-o epocă când **conceptul de deficienţă mintală era rău definit** şi desemna indivizi făcând parte dintr-o categorie mai largă de persoane, numite *„social inadaptate"* (săracii, criminalii, alcoolicii, persoanele handicapate motor şi senzorial, bolnavii mintali).

Sterilizarea era însoţită şi de **alte măsuri** (segregarea sexuală în instituţii, interzicerea mariajului, controlul imigraţiei), justificate în acelaşi timp prin **argumente eugenice**, sociale şi economice, care vizau să reducă numărul de persoane inapte în populaţie. După ţară, exista o preferinţă pentru una sau alta din măsuri, sau pentru combinarea acestora. Uneori acestea erau însoţite de *măsuri de îndemn la procreere a celor din clasele aşa zise „superioare"*.

Argumentele erau fondate pe convingerea că un anumit număr de boli, stări şi de comportamente cum ar fi - epilepsia, „imbecilitatea", violenţa şi delicvenţa - ar fi stări patologice ereditare.

În acest context, un număr de state au aprobat **legi de sterilizare eugenică**.

În **S.U.A.**, prima lege datează din 1907 şi interesează statul Indiana, iar alte 15 state au adoptat legi similare în următorii 10 ani. Cu toate că astfel de legi au fost contestate de multe ori, un raport al comisiei **Asociaţiei Americane de Neurologie** recenza în anul 1936 existenţa unor legi de sterilizare eugenică în 27 de state.

Într-o decizie a **Curţii Supreme** datând din 1927, *Buck versus Bell*, se statua asupra conformităţii şi a Constituţionalităţii legii votate în 1924 în Virginia, opt din nouă judecători estimând că posibilitatea de a ordona o sterilizare pe motive eugenice făcea parte din **puterile legitime ale unui stat**. Se sublinia că această posibilitate nu excludea intervenţia mijloacelor unei apărări juridice şi că **sterilizarea**

Scanned with OKEN Scanner

nu constituia o formă de pedeapsă crudă sau excepţională *(cruel or unusual punishment).*

Din fericire, în unele state americane, legile de sterilizare nu au fost întotdeauna aplicate, iar începând cu anii '50 şi '60, un mare număr dintre acestea au fost abrogate. Cu toate acestea, se estimează că prin aplicarea acestor legi, mai ales în Virginia şi California, mai mult de 60.000 de persoane, considerate socialmente inadaptate, au fost sterilizate.

În **Canada,** o lege numită „de sterilizare eugenică" a fost votată în provincia Alberta în 1928 (Alberta Sterilization Act). În timpul celor 44 de ani de aplicare a acestei legi, au fost autorizate oficial 2822 de sterilizări.

În 1972, această **lege a fost abolită sub presiunea geneticienilor şi juriştilor,** unii argumentând că aceste intervenţii erau departe de a îndepărta un risc genetic dovedit, alţii punând în vedere că sterilizarea non voluntară reprezenta o violare manifestă a Drepturilor omului.

"Comisia de reformă a dreptului" din Canada subliniază de altfel în lucrările sale numeroase **abuzuri ce au putut fi comise în cadrul aplicării acestei legi.** Este vorba în special de importante inegalităţi etice şi socio-economice în deciziile de sterilizare.

Trebuie subliniat că înaintea anilor '50 *„abuzurile programelor naziste de sterilizare (începute în 1934),* ***nu au influenţat în nici un fel*** *programele Nord Americane".* Legile germane şi măsurile folosite pentru aplicarea lor au făcut obiectul atenţiei, ba chiar şi a unei oarecare admiraţii.

În numeroase alte ţări, **cu sau fără legislaţie** (Elveţia, Suedia şi alte ţări nordice) au avut de asemenea loc abuzuri, iar ca reacţie la aceasta s-au creat comisii, au avut loc dezbateri şi s-au dat diverse dispoziţii pentru ridicarea de bariere juridice în faţa acestor practici.

Adunarea parlamentarilor Consiliului Europei, într-o recomandare relativă la psihiatrie şi la Drepturile omului, adoptată în 23 martie 1994, a cerut expres să nu se facă nici o atingere ireversibilă capacităţii de reproducere a individului.

Cu toate acestea, în **Africa de Sud, „Abortion and Sterilization Act"** (Actul despre avort şi sterilizare) (1975) declară legală sterilizarea chirurgicală a persoanelor handicapate mintal, iar în 1989 au fost înregistrate oficial 1817 persoane sterilizate în această ţară.

Scanned with OKEN Scanner

Într-un studiu efectuat la Groote Schuur Hospital, unde au fost orientate 291 dintre acestea, s-au numărat 37 de albi, 233 persoane colorate şi 21 de negri. Nici una din persoane nu a fost apreciată ca fiind în măsură să-şi dea consimţământul. S-a considerat oportun să fie sterilizate 231 persoane (79% din totalul cazurilor).

În **China**, o lege destinată „să amelioreze calităţile populaţiei de nou-născuţi" a fost adoptată în noiembrie 1994 şi aceasta cu toate numeroasele proteste ale instanţelor internaţionale. Legea preconizează, printre altele, „amânarea" căsătoriei dacă unul dintre viitorii soţi suferă de tulburări mintale sau de o boală cu transmitere sexuală; contracepţia şi sterilizarea, dacă unul dintre soţi este atins de o boală genetică gravă. Legea obligă de asemeni medicii să recomande avortul dacă constată că fetusul suferă de defecte sau boli genetice grave.

Rămâne ca peste tot în lume, introducerea contracepţiei hormonale să contribuie la o modificare a practicilor privitoare la problemele de **contracepţie a femeilor handicapate mintal**. O mai bună cunoaştere a transmiterii genetice a unei deficienţe mintale (care nu priveşte finalmente decât o minoritate de persoane astfel handicapate) a contribuit de asemeni la discreditarea justificărilor date pentru aceste practici de sterilizare.

Dar această **schimbare de atitudine** reflectă mai ales mişcarea de eliminare a ideologiilor eugenice, care au prevalat în unele ţări până în jurul anilor 50 - mişcare însoţită de o reflexie asupra drepturilor unei persoane handicapate şi a dezvoltării serviciilor sociale pentru luarea în primire a nevoilor lor specifice în materie de viaţă cotidiană şi de inserare în muncă.

În **Franţa** singura menţiune relativă la sexualitate şi la persoanele handicapate ce figurează în Codul penal indică situaţia de handicap a victimei ca fiind un factor agravant al pedepselor acordate agresorilor care se dedau violenţelor sexuale.

Pe de altă parte, cu toate că acest lucru nu este scris, **dreptul la sexualitate este recunoscut *de facto* minorilor (definiţi ca fiind incapabili juridic)**, prin dreptul lor de acces la contracepţie anonimă şi gratuită, fără limită de vârstă. Nici o menţiune restrictivă nu este formulată referitor la persoanele handicapate mintal.

O fată minoră celibatară are nevoie de autorizaţia „a cel puţin unuia" din părinţi pentru a suferi o întrerupere voluntară de sarcină, dar în schimb, dacă ea duce o sarcină la termen, se găseşte inves-

Scanned with OKEN Scanner

tită - oricare ar fi vârsta ei - de întreaga putere parentală, începând cu naşterea copilului.

Nici un text de lege din Franţa nu specifică nimic despre sterilizare.

Cu toate acestea, articolul 16 - 3 introdus în Codul civil prin legea nr. 94 - 653 din 29 iulie 1994 stipulează: *„nu se poate aduce atingere integrităţii corpului uman decât în caz de necesitate terapeutică pentru persoane. Consimţământul interesatului trebuie cerut în prealabil, în afara cazului când starea sa face necesară o intervenţie terapeutică la care nu este posibil să consimtă."*

Articolul 222 - 9 din Noul Cod Penal francez care sancţionează delictul de *„violenţă antrenând o mutilare sau o infirmitate permanentă"*, se poate aplica la **actul chirurgical fără necesitate terapeutică**.

Articolul 41 din Codul deontologic francez din 1995 aminteşte în termeni aproape identici cu cei din Codul din 1979, uzura corespunzătoare a statului de drept francez *„nici o intervenţie mutilantă nu se poate practica fără motiv medical foarte serios şi, în afara urgenţelor sau imposibilităţii, fără informarea interesatului şi consimţământului acestuia"*. Pun probleme calificarea necesităţii terapeutice şi prezenţa consimţământului interesaţilor.

Sterilizarea nu este singura şi nici cea mai bună soluţie contraceptivă pentru persoanele handicapate mintal. Cea mai mare parte dintre femeile handicapate mintal pot să beneficieze de **anticoncepţionale hormonale eficiente**.

Pentru o femeie având bune relaţii cu anturajul (familial sau instituţional), se propune o *contracepţie estro-progestativă clasică*: în consecinţă, aceasta presupune că o persoană din anturaj veghează la regularitatea luării pilulei, aşa cum veghează pentru numeroase persoane handicapate mintal la luarea oricărui alt tratament (anticonvulsivant, antibiotice, chelatori, insulină, regim particular, etc.).

În caz de dificultate de administrare zilnică, se poate propune o *contracepţie progestativă pur injectabilă* (acetat de medroxi-progesteron) cu efect prelungit, ce are drept rezultat injecţia trimestrială de 150 mg.

Întoarcerea la fecunditate este asigurată dacă la un moment dat, cu titlu de încercare, o tentativă de întrerupere a tratamentului ar părea justificată. Această contracepţie este foarte eficace şi nu are efecte iatrogene cunoscute, după mai mult de 20 de ani de utilizare.

Scanned with OKEN Scanner

Există de asemeni tehnici de *implant subcutanat de progestative*, cu resorbţie lentă, a căror durată de acţiune poate ajunge le 6 luni, aceste produse nefiind actualmente disponibile în Franţa. Vechimea lor de utilizare, (mai ales în S.UA), nu pare de loc suficientă pentru a evalua astăzi indicaţiile cu o bună siguranţă.

Punerea steriletului poate fi o atitudine convenabilă în anumite cazuri.

Intervenţii chirurgicale de tipul „clip tubar" (sterilizarea tubară), nu ar trebui să fie avute în vedere decât dacă recurgerea la orice altă metodă de contracepţie reversibilă este imposibilă.

Eventualitatea unei sterilizări trebuie să fie supusă la **proceduri extrem de riguroase**, care oferă maximum de garanţie pentru apărarea drepturilor şi intereselor pacienţilor.

În consecinţă, nimeni nu este astăzi în măsură să garanteze că aceste tehnici asigură o sterilizare reversibilă.

Se subliniază că o intervenţie tubară nu va proteja cu nimic femeia handicapată mintal împotriva agresiunilor sexuale, din contra. Sterilizarea ar putea să le facă mult mai vulnerabile. Sterilizarea nu poate decât să evite procreaţia.

Pentru toate formele de contracepţie, oricum ar fi ele, reversibile sau nu, problema cheie rămâne cea a **consimţământului informat şi liber**.

Obţinerea unui consimţământ este doar un aspect, dar aprecierea validităţii sale este altceva. Este oportun să subliniem dificultăţile, incertitudinile, limitele competenţei şi în final, fragilitatea unui anumit număr de evaluări, oricare ar fi calitatea şi diversitatea mijloacelor folosite.

Validitatea consimţământului depinde, evident, de capacitatea persoanei handicapate mintal de a înţelege natura şi consecinţele actului de sterilizare care ii este propus. Aceasta presupune că persoana are totuşi o idee despre legătura dintre actul sexual, sarcină şi maternitate, că ea înţelege diferenţa între o stare de fertilitate şi sterilitate şi că ea poate să-şi reprezinte ceea ce înseamnă sarcina unui copil adevărat. Dar aceasta depinde în primul rând de posibilitatea de a beneficia de o informaţie clară, simplă şi precisă, adaptată la nivelul intelectual presupus şi transmisă de un interlocutor gata la efortul necesar pentru a se face înţeles.

Dacă ansamblul acestor noţiuni destul de dificile pare suficient de accesibil persoanei handicapate mintal se poate admite că con-

Scanned with OKEN Scanner

simţământul (sau refuzul) pe care aceasta şi-l exprimă, are şanse să fie valabil.

Dacă consimţământul a fost **obţinut în mod satisfăcător** în ceea ce priveşte condiţiile care îl preced, rămâne să determinăm dacă acesta a fost dat în situaţii pe care le-am putea considera ca fiind compatibile cu **libertatea de a alege**.

Problema care se pune aici este acea a **condiţiilor de obţinere a consimţământului**. În acest scop, trebuie să reamintim că consimţământul de a i se aplica steriletul unei fete minore celibatare şi neemancipate, trebuie obţinut într-o **discuţie privată**, în afara prezenţei părinţilor. Putem înţelege că părinţii convinşi de faptul că o intervenţie de sterilizare este cea mai bună propoziţie contraceptivă ar putea sa-şi influenţeze copilul handicapat, în sensul că acesta să-şi exprime un consimţământ în ceea ce priveşte proiectul. Aceeaşi remarcă poate fi valabilă dacă este vorba de *presiuni emanând de la o instituţie*, mai ales când este vorba despre un profesionist, angajat de mult timp în tratarea unor astfel de chestiuni. Sunt condiţii eminamente favorabile creării unor legături afective care riscă să influenţeze libertatea unei persoane handicapate mintal confruntată cu o alegere. De aceea putem să ne gândim că **părinţii (sau instituţiile de ocrotire) nu sunt în totdeauna cei mai buni apărători ai intereselor şi drepturilor legitime ale handicapatului**: implicarea lor intensă în viaţa cotidiană a persoanei handicapate mintal pot să-i conducă la a nu mai distinge clar propriile interese de cele ale persoanei pe care o au în grijă.

În caz de lipsă a acordului, sau de conflict asupra celei mai bune soluţii contraceptive, şi în particular, în faţa ipotezei unei sterilizări, pare necesar să prevezi o formă de luare a deciziei colective cu **proceduri extrem de riguroase**, pentru a judeca asupra condiţiilor de libertate a consimţământului şi de necesitatea eventuală a unei intervenţii. Această manieră de a proceda oferă o protecţie mai bună a persoanei handicapate, **fără a constitui garanţia absolută a calităţii şi imparţialităţii deciziei luate**.

Comitetul consultativ naţional de etică **(C.C.N.E.)** din **Franţa** preconizează să fie luate câteva **precauţii** în ceea ce priveşte sterilizarea, ţinând seama de experienţele trecute.

Se impune să se precizeze **cine face evaluarea condiţiilor**. Nu se pot face de către o singură persoană deoarece sarcina este foarte complexă, iar responsabilitatea prea mare. Ea reclamă competenţă

Scanned with OKEN Scanner

şi implică atâtea responsabilităţi, încât se impune intervenţia, în cadrul unei *comisii*, a unor **profesionişti special formaţi pe probleme ale persoanelor handicapate mintal**, în speţă medici (neurologi, ginecologi, psihiatri, geneticieni şi pediatri), jurişti şi asistenţi sociali. În multe ţări acest tip de problemă este studiată de **curţi de justiţie** mai ales "family courts" care lucrează în colaborare cu aceştia.

Este important ca persoanele care fac parte din aceste comisii să fie alese **din afara familiilor sau a tutorilor persoanelor handicapate mintal**. Independenţa comisiilor în raport cu familiile este imperativă; e de la sine înţeles că cei care solicită expertiza nu pot fi în acelaşi timp şi judecători şi parte.

În toate ţările democratice în care a fost practicată o politică de sterilizare a persoanelor handicapate mintal, a apărut problema că indiferent care era afecţiunea părinţilor persoanelor handicapate mintal, **interesele chiar legitime, nu coincideau în totdeauna cu ale copiilor**. În plus, la anumiţi părinţi, ataşamentul de un copil handicapat, „copil etern", putea fi atât de mare, încât trezirea sexualităţii să fie intolerabilă.

Cu toate acestea, dispoziţiile nu garantează în nici un fel că o astfel de comisie poate ajunge la cea mai bună decizie. Aceşti profesionişti vor trebui să se străduiască să evalueze un anumit număr de date şi să dea răspuns la un anumit număr de întrebări.

Schema următoare a fost propusă ca **Ghid de sterilizare a handicapaţilor** în **Franţa**:

a. Persoana handicapată mintal trebuie **recunoscută ca potenţial fertilă**. Acest punct este important în măsura în care, un numit număr de condiţii patologice asociază handicapul mintal şi sterilitatea.

b. Persoana handicapată mintal poate fi **sexual activă**. Trebuie evaluată în parte fiecare persoană, tipul de sexualitate în cauză care depinde larg de nivelul său de autonomie. Cu toate acestea, absenţa autonomiei nu garantează imunitatea în faţa riscurilor de agresiune sexuală.

c. Sterilizarea nu poate fi avută în vedere decât dacă s-a dovedit că **s-a recurs la toate celelalte forme de contracepţie şi acestea au dus la un eşec**. În acest caz, se va folosi tehnica de sterilizare care prezintă cele mai bune şanse de reversibilitate.

d. Ţinând cont de întârzierile de maturizare, nu numai intelectuale cât şi emoţionale, persoana handicapată mintal trebuie să aibă,

Scanned with OKEN Scanner

ca titlu indicativ, **cel puţin 20 de ani**. Trebuie să fie clar, că noţiunea de majorat legal nu are prea mare însemnătate în situaţiile de retard mintal. În toate cazurile trebuie făcut un efort pentru aflarea părerii persoanei în cauză.

e. Deficienţa trebuie să fie severă, această noţiune cere să fie dezvoltată în continuare. Nu ne putem mulţumi cu valoarea QI. Trebuie de asemeni ţinut cont de comportamentul persoanei handicapate mintal, aşa cum ar fi utilizarea toxicelor (alcool, medicamente, droguri), sau o activitate sexuală care expune mai ales femeile riscului de violenţă şi deci a unei sarcini neprevăzute.

f. Riscul genetic eventual rămâne să fie evaluat de la caz la caz.

g. Trebuie acumulate deci suficiente informaţii pentru a considera că persoana handicapată mintal riscă să fie **incapabilă de a-şi asuma un rol şi o funcţie maternă (sau paternă)**, deoarece prezintă:

- handicap profund, eventual evolutiv,
- instabilitate motorie şi emoţională,
- conduite cu risc iterativ,
- tulburări de personalitate,
- prognostic vital angajat pe termen scurt.

Opinia din Franţa este că trebuie autorizate doar câteva centre de sterilizare şi numai acestea trebuie să aibă permisiunea de a practica aceste operaţii, care vor fi puse sub responsabilitatea microchirurgilor, ca fiind consideraţi cei mai competenţi. C.C.N.E. recomandă ca în acelaşi timp să se dezvolte servicii de asistenţă pentru părinţi handicapaţi mintal având copii în îngrijire.

În concluzie putem aprecia că eugenia are o plajă largă de exprimare şi că în funcţie de fiecare act în parte, ea poate evolua de la genocid şi crimă până la manoperă terapeutică acceptabilă.

Codul deontologic Român fără a se referi în mod direct la denumirea de eugenie o interzice prin articolele 23, 24, şi 26 în acele componente care încalcă drepturile fundamentale ale omului.

Scanned with OKEN Scanner

ÎN LOC DE ÎNCHEIERE

O asemenea temă nu poate fi epuizată, deci este exclus să fie vorba de o încheiere. Se cere însă ca, după prezentarea elementelor *pro versus* elementele *contra,* să sugerăm o oarecare opinie personală.

Dreptul la a muri este tot mai des reclamat pe tot globul, în numele demnităţii umane şi de teama unei agonii interminabile, de suferinţa inutilă.

Pentru legalizarea euthanasiei s-au folosit adesea şi argumentele economice: bugetul limitat, costul ridicat al tratamentelor pentru bătrâni, pentru bolnavii în stări terminale şi pentru bolnavii cu handicapuri sau cu tare patologice genetice.

Oponenţii euthanasiei aduc numeroase argumente: diminuarea încrederii în medic, posibilitatea unei erori de diagnostic, pierderea de vieţi omeneşti, moartea unor bolnavi ce ar putea fi salvaţi mai târziu, posibilitatea unei hotărâri pripite luată de bolnav.

Punctele de vedere sub care a fost abordată euthanasia au fost esenţial antinomice, provenind din domenii diverse: filosofice, religioase, etice, medicale, economice şi juridice. Nivelul cultural, influenţele religioase şi creşterea volumului cunoştinţelor medicale au fost factorii care au modificat de-a lungul timpului atitudinea faţă de euthanasie.

În a doua jumătate a secolului, euthanasia a devenit o problemă „la modă" pentru societăţile medicale, organizaţiile umanitare *pro-life* şi *pro-choice*, pentru clerici şi puterile legislative din diverse state.

Parafrazând o bine-cunoscută vorbă de duh am putea spune că: **"Euthanasia este o problemă prea serioasă ca să fie lăsată pe mâna medicilor"**.

Decizia legalizării unor forme de euthanasie poate fi adoptată doar după discuţii publice lărgite asupra problemei. Problema nu constă doar în faptul că **membrii societăţii au încredere sau nu în medicii lor.** Se vede clar că medicii înşişi întâmpină dificultăţi nu numai în luarea deciziilor în cazurile personale, ci şi în exprimarea unor opinii personale despre alte cazuri în care se scurtează viaţa umană. Faptul că **reglementările legale şi etice trebuie să fie precise şi detailate** are valoare nu numai pentru pacienţi, ci pentru medici în primul rând.

Scanned with OKEN Scanner

Discuţiile publice despre oportunitatea legalizării euthanasiei nu sunt doar "**subiecte de aur**" pentru sociologi şi "**mofturi jurnalistice**" la modă, ci reprezintă necesităţi vitale ale unor societăţi aflate în reformă, într-un fel sau altul, poate pe criterii foarte diferite.

După cum arată experienţele de pe întregul mapamond, **soluţii simple, care să poată fi introduse rapid şi acceptabile cu uşurinţă nu există**. Nici astăzi şi nici în viitorul apropiat **nu ne putem aştepta la o conformitate de idei** în ceea ce priveşte deciziile practice legate de euthanasie.

Se pare că în prezent există un decalaj major între ceea ce prescriu legile şi ceea ce se întâmplă în realitate, de aşa manieră încât putem spune că trăim o ipocrizie socială la cel mai înalt nivel.

Euthanasia voluntară nu trebuie legalizată deocamdată. Atât în societatea noastră cât şi în societăţile occidentale, deşi ne aflăm într-un nou mileniu, suntem agresaţi de o discriminare deschisă, de un rasism abia stăpânit şi de o insensibilitate utilitaristă faţă de persoanele vulnerabile. De aceea nu putem avea o atitudine delăsătoare de tipul "facă-se voia voastră!" în problema legalizării euthanasiei şi a suicidului asistat.

Trebuie să rămână în vigoare o lege care interzice practicarea ei, cum de altfel a rămas şi în Olanda până în 2001, iar fiecare speţă trebuie analizată conform circumstanţelor care o individualizează. Nu e totuna o întrerupere a unei reanimări la cineva cu ordinul de a nu resuscita cunoscut de toată secţia, cu o întrerupere a reanimării făcută pe baza bunului plac al celui de gardă, pe motiv că pacientul aparţine unei pături sociale sau unei rase considerate de el lipsite de valoare.

Precedentul juridic va rămâne astfel un izvor de lege, dar nu se vor generaliza abuziv situaţiile, iar oamenii nu vor fi categorisiţi pe cohorte după o abordare teleologică (de rezultat scontat). Nici o lege, cât de generos ar fi concepută, nu va putea să răspundă varietăţii infinite de situaţii umane şi clinice. Cu certitudine că vor fi şi cazuri unde va fi justificabil sau măcar tolerabil din punct de vedere etic, să se devanseze momentul morţii.

Unii se tem că, în absenţa unei legi clare, medicii nu vor fi niciodată siguri că nu vor fi acuzaţi de omor, dacă vor duce la îndeplinire dorinţa fierbinte a unui pacient autonom. De aceea, chiar dacă ei vor considera euthanasia voluntară justificabilă din punct de vedere etic, nu o vor duce la îndeplinire de teama consecinţelor legale.

Scanned with OKEN Scanner

O legislaţie indulgentă în favoarea euthanasiei riscă însă deschiderea drumului către abuzuri grave. Nu toate ţările au condiţiile economice, sociale, de îngrijire a sănătăţii şi tradiţiile Elveţiei şi Olandei. De aceea nu putem fi de acord cu cei care vor să generalizeze acest lucru, oriunde şi oricând, indiferent de circumstanţele locale. Este recomandabil ca cei ce au acces la diverse posologii de administrare a morţii să poată fi menţinuţi sub control.

Trebuie puse la dispoziţia pacienţilor toate metodele de uşurare a suferinţei şi de control al simptoamelor invalidante care sunt disponibile la momentul actual (marijuana ş.a.), făcându-se apel şi la echilibrarea energetică prin acupunctură şi alte terapii alternative (complementare).

Oricum ar fi, schimbarea atitudinilor faţă de moarte şi agonie furnizează o paradigmă excelentă asupra modului cum tehnologiile în permanentă schimbare ne forţează să acordăm consideraţie schimbărilor la fel de semnificative în sistemul valorilor şi al instituţiilor sociale.

Parafrazând în continuare din maximele clasice vom spune:

"Timeo euthanasos, et dona ferentes."

"Dubito euthanasia, ergo sum."

Scanned with OKEN Scanner

GLOSAR DE TERMENI REFERITORI LA SITUAŢIILE DE "TERMINARE A VIEŢII"

Modificat şi completat după Euthanasia Research and Guidance Organization (ERGO)

- **Euthanasie**: Ajutorul dat printr-o moarte bună. (Din punct de vedere legal este prea vag, dar se foloseşte ca un termen descriptiv larg).
- **Euthanasie pasivă**: Deconectarea deliberată a echipamentului de susţinere a vieţii, sau încetarea oricărei proceduri medicale de susţinere a vieţii, permiţându-i pacientului să moară natural.
- **Euthanasie activă**: Acţiunea deliberată prin care se ia viaţa unui pacient muribund, pentru a-l scuti de suferinţe ulterioare.
- **Euthanasie activă voluntară**: O injecţie letală făcută de un doctor unui pacient muribund, pentru a-i sfârşi viaţa, la propria lui cerere.
- **Euthanasie activă involuntară**: O injecţie letală făcută de un doctor unui pacient muribund, fără ca persoana respectivă să fi cerut aceasta.
- **Suicid asistat**: Oferirea de mijloace (medicamente sau alţi agenţi) prin care o persoană poate să-şi ia singură viaţa.
- **Suicid asistat de medic**: Medicul oferă medicamentele letale, cu ajutorul cărora o persoană muribundă îşi poate grăbi moartea.
- **Ajutorul dat de medic pentru a muri**: Termen eufemistic pentru asistarea de către medic a suicidului unui pacient muribund.
- **Auto-eliberare**: Situaţia în care o persoană bolnavă ireversibil ia o decizie raţională să-şi ia viaţa de una singură. Acest termen este preferat de către cei care consideră greşit să se echivaleze acest tip de acţiune cu sinuciderea.
- **Suicid = sinucidere**: Sfârşirea în mod deliberat a propriei vieţi.
- **Suicid raţional**: Sfârşirea propriei vieţi pentru motive *bine* gândite, în nici un caz emoţionale sau psihologice.
- **Sinucidere tăcută**: Înfometarea prin refuzul mâncării pentru a muri. De obicei o fac cei de vârste foarte înaintate.
- **A omorî**: Sfârşirea în mod voit a vieţii unei persoane sau a unei fiinţe. Poate sau nu să fie ilegal.
- **Omor / Omucidere**: Distrugerea ilegală a vieţii unei persoane care dorea să trăiască.

Scanned with OKEN Scanner

• **Omor din milă**: Termen folosit larg pentru a descrie toate actele de euthanasie. O mai bună definire - sfârşirea vieţii altei persoane fără ca acesta să fi cerut acest lucru, în credinţa că este singurul lucru plin de compasiune de făcut.

• **Măsuri eroice**: Proceduri medicale lipsite de sens, deoarece pacientul va muri sigur în scurt timp.

• **Efectul dublu**: Administrarea unei mari cantităţi de opiacee unui pacient, pentru a-i lua durerile, recunoscând că în acelaşi timp acelaşi lucru îi poate grăbi moartea.

• **Moarte negociată**: O înţelegere făcută pe un formular între familie, medici, administraţia spitalului ş.a. în ideea că sistemele de susţinere a vieţii unui pacient incompetent pot fi deconectate în interesul lui. Toate părţile sunt de acord să nu facă apel la urmărirea în justiţie.

• **RCR (Resuscitare Cardio Respiratorie)** = CPR (Cardiopulmonary resuscitation): Masajul nechirurgical a unui cord oprit şi administrarea de oxigen cu scopul de a readuce funcţia organului. Această procedură se începe imediat cu excepţia cazului când există un ordin "A Nu se Resuscita".

• **DNR (Do not resuscitate)**: Un ordin de pe foaia de observaţie a pacientului avizându-i pe medici şi surori (asistente) medicale că nu trebuie folosite metode extraordinare în tentativa de a salva viaţa acestei persoane.

• **Cod lent (sau Cod Albastru)** = Slow code (or Blue Code): Răspunsul deliberat lent la o alarmă medicală de stop cardiac sau respirator, cu scopul de a face imposibilă resuscitarea.

• **Directive date în avans**: Denumirea corectă din punct de vedere legal a celor două documente ce urmează, legate de euthanasia pasivă.

• **Living will (Dorinţa exprimată pentru perioada când persoana se mai află în viaţă)**: Nume folosit în mod uzual pentru o directivă dată în avans, prin care o persoană cere în scris unui medic să nu fie branşat sau să fie debranşat de la un sistem de susţinere a vieţii. dacă această procedură nu face decât să întârzie puţin o moarte inevitabilă. Sunt legale în toate statele americane şi în multe altele.

• **Durable Power of Attorney for Health Care (Puterea avocăţească remanentă în problemele de îngrijire a sănătăţii)**: O directivă dată în avans prin care o persoană numeşte pe altă persoană să

Scanned with OKEN Scanner

ea decizii de îngrijire a sănătăţii dacă el / ea devine incompetent(ă), permiţând în felul acesta medicului curant să obţină un consimţământ pe bază de informare prealabilă la o procedură de întrerupere a tratamentului, printr-o decizie a unui apropiat.

- **Health Care Proxy**: O combinaţie a celor două documente de mai sus cu o formulare diferită. Mai folosită în Statele Massachusetts şi New York.
- **Boală terminală**: O stare a unei persoane bolnave de unde nu mai există scăpare.
- **Bolnav ireversibil**: Un alt mod de a spune bolnav terminal, dar totodată suferind într-un proces mai lung de agonie.
- **Bolnav fără speranţă**: Pacient suferind de o boală care nu are un tratament cunoscut, dar care nu are viaţa ameninţată în mod imediat.
- **Etică**: Un sistem de standarde morale sau valori.
- **Bioetică**: Studiul problemelor morale de care se lovesc ştiinţele vieţii şi medicina modernă.
- **Regulă etică religioasă**: Respectarea standardelor morale dictate de o religie.
- **Etică situaţională**: Standardele morale sunt dictate de circumstanţele care prevalează.
- **Etician medical**: Persoană care posedă o instrucţie filosofică şi /sau juridică, care oferă opinii asupra dilemelor morale cu care se confruntă medicii şi psihiatrii.
- **Hospice**: O formă de program de îngrijiri paliative pentru o persoană în ultimele şase luni de viaţă, acordând îndepărtarea durerilor, tratament simptomatic şi sprijinirea (morală) a familiei.
- **Îngrijire paliativă**: Termenul se referă la ceea ce se practică într-un ospiciu. Măsurile nu tind să vindece boala, ci să îndepărteze durerea sau alt disconfort care o însoţeşte.
- **Dreptul de a muri**: Termen popular general ce reflectă o credinţă de bază că decizia de terminare a vieţii trebuie să fie o opţiune personală.
- **Dreptul de a alege să mori**: Un termen mai clar pentru cel de mai sus.
- **Dreptul la viaţă**: Termen popular general pentru credinţa că moartea trebuie să survină doar prin voinţa divinităţii, sau credinţa că viaţa este o valoare care prevalează, indiferent de starea sănătăţii omului sau de dorinţa lui de a şi-o sfârşi, din vreun motiv oarecare.

Scanned with OKEN Scanner

- **Panta lunecoasă**: Teorie care afirmă că sancţionarea (legalizarea) unui act care nu este în sine respingător din punct de vedere moral sau ilegal la scară mică, ar putea duce prin generalizare la acţiuni asemănătoare, mult mai extinse, care să devină astfel.
- **"Euthanasia nazistă"**: Termen care sugerează abuzul, folosit împotriva susţinătorilor contemporani ai euthanasiei, care se referă la uciderea în Germania a aproape 100.000 de persoane handicapate în timpul Celui de al Doilea Război Mondial. Alături de Holocaustul în care au murit 6 milioane de evrei, a făcut parte din programul Partidului Nazist de puritate rasială.
- **"Legumă"**: Termen popular abrupt care descrie o persoană aflată în comă prelungită. Pentru corectitudine se va folosi termenul de mai jos.
- **Stadiu vegetativ persistent**: Persoană cu leziuni cerebrale severe, aflat în comă permanentă din care nu-şi va reveni niciodată. Aproape totdeauna este dependent de sistemele artificiale de susţinere a vieţii.
- **Lezarea creierului**: Afectarea creierului care determină o înrăutăţire. Sistemele de susţinere a vieţii sunt opţionale.
- **Comă**: Stare de inconştienţă prelungită din care un pacient îşi poate reveni.
- **Moarte cerebrală**: Încetarea completă a funcţiilor cognitive. Sistemele de susţinere a vieţii pot menţine corpul în funcţie, dar fără nici un rost. Momentul morţii a fost definit în mai multe feluri, unul din ele fiind cunoscut sub numele "Criteriile de la Harvard".
- **UTI (Unitate de Terapie Intensivă)** = ICU (Intensive Care Unit): Cea care luptă să aducă înapoi pe oameni din pragul morţii.
- **Vindecare miraculoasă**: O însănătoşire ce survine datorită unei divinităţi sau a unei descoperiri medicale noi. Este foarte rară.
- **Traumatism**: Un accident sau incident, care afectează corpul sau mintea.
- **Competent / competenţă**: Abilitate unei persoane de a comunica cu un medic şi de a înţelege implicaţiile şi consecinţele procedurilor medicale.
- **Consimţământ informat (obţinut pe bază de informare prealabilă)**: Pacientul îi dă permisiunea medicului să ducă la îndeplinire o procedură medicală, după ce îi sunt aduse pe deplin la cunoştinţă beneficiile, riscurile şi orice altă alternativă.
- **Incompetent**: Opusul celor două definiţii precedente.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIA

- Annas G. J. (1990), "Nancy Cruzan and the right to die", *New Engl. J. Med.*, 323: 70-73.
- Annas G. J. et al. (1990), "Bioethicists' statement on the US Supreme Court's Cruzan decision", *New Engl. J. Med.*, 323: 686-7.
- Annas G. J. (1992), *The Rights of Patients*, Humana Press, Totowa, New Jersey.
- Anonim (1988), "It's over Debbie", *JAMA*, 259:272.
- Astărăstoae Vasile, Trif Almoş Bela (1998), *Essentialia in Bioetica*, Editura Cantes, Iaşi.
- Bardenheurer H. J., Kupatt C., Anselm R. (1994), Organ transplantation and human dignity, *Anaesthesist*, aug. 67.
- Battin M. P. (1992), Assisted Suicide: Can We Learn from Germany?, *Hastings Center Report*, 22/2: 44-51.
- Beliş Vladimir, Gongol Marius (1993), Euthanasia între caritate şi legislaţie, *Romanian Journal of Legal Medicine* nr. 1.
- Benrubi, G. (1992), "Euthanasia - The need for procedural safeguards", *New Engl.J.Med.*, 326:197-199.
- Boroi A. (1996) , *Infracţiuni contra vieţii* , Ed. ALL, Bucureşti.
- Bouchard, T., Lykken, D., McGue, M. et al. (1990), „Sources of human psycological differences: the Minnesota study of twins reared apart", *Science*, 250: 223-8.
- Brahams, D. (1992), Euthanasia: Doctor convicted of Attempted Murder, *Lancet*, 340: 782-783.
- Brody Eugene B. (1993), "Biomedical Technology and Human Rights" Dartmouth Publishing Co and UNESCO , pp.187-210.
- Browne Alister (1989), Assisted Suicide and Active Voluntary Euthanasia, *Canadian Journal of Law and Jurisprudence*, Vol. II, No 1, January, 1989.
- Browne Alister (1994), Understanding euthanasia: Should Canadians amend the Criminal Code? *Internet.*
- Bykova S, Yudin B., Yasnaya L. (1994), Russia: Is Euthanasia Permissible? Opinions of Physicians, *Jal. Intern. Bioéth. / International Journal of Bioethics*, vol.5, nr.4, 335-340.
- Caplan Arthur L., Snyder Lois, Faber-Langendoen Kathy, (2000), The Role of Guidelines in the Practice of Physician-Assisted Suicide, *Annals of Internal Medicine*, 21 March 2000. 132:476-481
- Charlesworth Max (1993), *Bioethics in a Liberal Society*, Cambridge Univ.Press, Oakleigh.

Scanned with OKEN Scanner

• Huffman Clifford (2000), Physician-assisted suicide (PAS) – Interview with Thomas Szasz in REASON magazine, July 2000, *Internet.*

• Humphry Derek (1993), LAWFUL EXIT: The Limits of Freedom for Helping in Dying, Norris Lane Press, 1993. Copyright for "Glossary" 1995 on *Internet.*

• Humphry Derek (1994), *Oregon's Assisted suicide Law Gives No Sure Comfort in Dying*, Letter to the Editor, New York Times, 3 dec.

• Huxley Julian (1950), Eugenics and Society, in *Man in the Modern World,* Chatto & Windus, London, pp.22-54.

• Iserson K.V. (1991), Foregoing pre-hospital care: should ambulance staff always resuscitate?, *Journal of medical ethics,* 17, 19-24.

• Kennedy Sean (1994), Declaration of brain death, *Anesthesiology Clinics of North America,* vol.12, nr.4, dec.

• Kuhse Helga (ed.)(1994), *Willing to Listen - Wanting to Die*, Penguin Books, Ringwood.

• Larcan A. (1992), Réanimation d'adultes - Propos introductif, *Ann. Méd. de Nancy et de l'Est,* 31; 311-314.

• Levin Martin (1996), *Verdicts on Verdicts About Easeful Death*, the Golbe and Mail, Toronto, 10 aug. pD5.

• Lipovetsky Gilles (1996), *Amurgul datoriei*, Ed. Babel, Bucureşti.

• Lo B., Rouse F., Dornbrandt L. (1990), "Family decision-making on trial: who decides for incompetent patients?", *New Engl. J. Med.* 322:1228-32.

• Maximilian C. (1989), *Drumurile speranţei*, Ed. Albatros, Bucureşti.

• Mayor, F. (1985), 'Genetic manipulation and human rights' presented, International Barcelona, March Symposium on Biomedical Technology and Human Rights, ISSC/UNESCO,.

• Mc Lean Sheila and Maher Gerry (1986), '*Medicine, Morals and the Law',* Gower Publishing Co.Ltd. England, pp.42-78.

• Meisel Alan, JD; Jernigan Jan C., PhD; Youngner Stuart J., MD (1999), Prosecutors and End-of-Life Decision Making, *Arch Intern Med.* 1999;159:1089-1095

• Mladin Nicolae, Diac C., Orest Bucevschi, Constantin Pavel, Ioan Zăgrean, (1980) *Teologia morală ortodoxă*, Ed. Institutului Biblic şi de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, Bucureşti.

• Morison R.S. (1973), Dying, *Scientific American,* sept., vol.229, nr. 3, 54-62.

Scanned with OKEN Scanner

• Snyder Lois, Caplan Arthur L. (2000), Assisted Suicide: Finding Common Ground, *Ann Intern Med.* 2000;132:468-469.
• Sprung C. (1990), "Changing attitudes and practices in forgoing life-sustaining treatments", *JAMA,* 263: 2211-15.
• Stratan Irina, Petriş A., (1996), "Decizia 'de a nu resuscita' - evoluţie, interpretări, controverse" (prima parte), *Clinica,* vol. I, nr. 2: 33-37.
• Stratan Irina, Petriş A., (1996), "Decizia 'de a nu resuscita' - evoluţie, interpretări, controverse" (partea a doua), *Clinica,* vol. I, nr. 3: 41-44.
• Sowle Cahill L. (1995), "O reconsiderare a euthanasiei", în *Etica Aplicată*, Ed. Alternative, Bucureşti.
• Terbancea Moise, Scripcaru Gh. (1989), Coordonate deontologice ale actului medical, Ed. Medicală, Bucureşti.
• Tomlinson T., Brody E. (1990), "Futility and the ethics of resuscitation", *JAMA*, 264: 1276-80.
• Trif Almoş Bela (1995) - Responsabilitatea profesională în medicina contemporană - corelaţii de drept pozitiv şi comparat - *Lucrare de doctorat* - Universitatea de Medicină şi Farmacie "Gr. T. Popa" Iaşi, Facultatea de Medicină.
• Trif Almoş Bela (1995), Aspecte bioetice şi juridice privind confidenţialitatea actului medical, in *"Psihiatria şi condiţia umană"*, Editura PsihOmnia, Iaşi, p.197-205.
• Trif Almoş Bela (1995), Aspecte bioetice şi juridice privind consimţământul bolnavului, in *"Psihiatria şi condiţia umană"*, Editura PsihOmnia, Iaşi, p. 211-225.
• Trif Almoş Bela (1997), Opinii şi controverse privind rolul bioeticii în adoptarea legislaţiei. Rolul conferinţelor de consens, *Clinica*, vol. II, nr. 5: 43-44.
• Trif Almoş Bela (1997), "Dreptul de a muri - o chestiune de demnitate", *Zilele medicale transilvănene*, Miercurea Ciuc 22-25 oct, p.12.
• Trif Almoş Bela (1997), Responsabilitatea medicală în accidentele alergice medicamentoase majore, in *Noutăţi în alergiile medicamentoase,* Editura Helios, p.131-134.
• Trif Almoş Bela (1997), Există limite în metoda Bálint?, *Prima Conferinţă Internaţională Bálint,* 18-21 sept. 1997, Miercurea Ciuc, p.8.
• Trif Almoş Bela (1998), Reflectarea bioeticii în opinia publică şi în opinia corpului medical - *Clinica*, vol. III, nr.1, p.49-50.

Scanned with OKEN Scanner

• Trif Almoş Bela (2001), De la thanatologie la medicină paliativă, *Buletinul Asociaţiei Balint din România*, vol. 3, nr. 10, iunie 2001, p. 17-21.

• Trowell, H. (1973), *The Unfinished Debate on Euthanasia*, London, SCM Press.

• de Wachter M.A.M. (1992), Euthanasia in the Netherlands, *Hastings Center Report*, 22/2: 23-30.

• Veress A. (1999), Unele aspecte epidemiologice, clinice şi terapeutico-profilactice ale suicidului în judeţul Harghita, *Teză de doctorat*, Universitatea de Medicină şi Farmacie Târgu Mureş.

• Wal G., Dillman R. (1994), Euthanasia in the Netherlands, *British Medical Journal;* 308:1346-1349.

• Ward E. D. (1986), Dialysis or death? Doctors should stop covering up for an inadequate health service, *Journal of medical ethics*, nr. 12, 61-63.

• White Kerr L. (1973), Life and death and medicine, *Scientific American*, sept. vol. 229, nr. 3, 22-33.

• Wilkes Eric (1986), Patients' wants versus patients' interests: a commentary, *Journal of medical ethics*, nr. 12, 131-132.

• Wilkes Eric (1989), "Ethics in terminal care"; Dunstan, G.R. and Shinebourne E.A., "*Doctors' Decisions*", 197-204.

• Wilkinson John (1991), "Ethical issues in palliative care" in *Oxford Textbook of Palliative Medicine,* Edited by Derek Doyle, Geoffrey W.C. Hanks, Neil MacDonald, 500-502.

• *** (1991), „Bisturiu şi condei", *Buletinul Institutului de Medicină Legală din Pittsburg*, dec. 1991, Nr.4.

• *** (1994), "Born Free - But we die in chains", *Brief presented to the Senate Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide in Ottawa* on November 23.

• *** (1995), The Oregon Death with Dignity Act: Too Much Death and Not Enough Dignity - *P&S Medical Review*: Apr 1995, Vol. 2, No. 2 - *Internet.*

• *** (1997), Consiliul naţional pentru reformă sanitară, Cartea reformei sistemului serviciilor de sănătate din România.

• *** (1998), Status of euthanasia and physician assisted suicide, outside of the United States - *Internet.*

• *** (1998), VESS history page - *Internet.*

• *** (2000), Upper House of the States General Parliamentary year 2000-2001 no 137 26 691 - Review procedures of termination of

Scanned with OKEN Scanner

life on request and assisted suicide and amendment to the Penal Code (*Wetboek van Strafrecht*) and the Burial and Cremation Act (*Wet op de lijkbezorging*) (Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act); Amended legislative proposal; 28 November 2000 - *Internet*

- (1999), END OF LIFE: Look beyond Kevorkian's trial at important issues. By George E. Delury, 22.03.99. – *Internet.*
- (1999), Kevorkian Puts Arguments in Writing. By The Associated Press, 24.03.99 – *Internet.*
- (1999), Kevorkian is the tip of an euthanasia iceberg. By Derek Humphry, 26.03.99 – *Internet.*
- (1999), Verdict won't stop right-to-die efforts. By David Zeman, Free Press Staff Writer March, 26.03.99 – *Internet.*
- (1999), Medical ethicists say they are pleased with verdict. By Richard Saltus and Dolores Kong, Globe Staff, 27.03.99 – *Internet.*
- (1999), Kevorkian verdict isn't the last word. Some say a strong message was sent against assisted suicide. Others say the debate will go on. By Michael Vitez, Inquirer Staff Writer, 28.03.99 – *Internet.*
- (1999), Kevorkian conviction alters scene little for right-to-die movement. By Tatsha Robertson, Globe Staff, Globe Correspondent, 28.03.99 – *Internet.*
- (1999), KEVORKIAN WILL SENTENCED 14 APRIL. By Jack Lessenberry, 28.03.99 – *Internet.*
- (1999), Youk family disappointed in Kevorkian trial's focus. By The Associated Press, 28.03.99 – *Internet.*
- (1999), The shades of gray that surround Dr. K. By Ellen Goodman, Globe Columnist, 28.03.99 – *Internet.*
- (1999), Kevorkian kills on TV – May face actual charges, Salter New Media, 29.03.99 – *Internet.*
- (1999), No verdict in assisted-suicide debate, Christian Science Monitor, 29.03.99 – *Internet.*
- (1999), At issue in Kevorkian trial: Individual's right to choose how to live. By Andrew Bernstein, 30.03.99 – *Internet.*
- (1999), Kevorkian Seen As 'Distraction' on Suicide Aid, By Pam Belluck, 30.03.99 – *Internet.*
- (1999), Ending the killing ground of euthanasia, By Mark Pickup, 30.03.1999 – *Internet.*
- (1999), Kevorkian will have little support on his sentencing day, By Brian Murphy, Free Press Staff Writer, 12.04.99 – *Internet.*

Scanned with OKEN Scanner

- (1999), Dr. Kevorkian is speeding up the process of lawmakers recognizing the good sense of the public. By Marsha Low, Free Press Staff Writer, 13.04.99 – *Internet.*
- (1999), I fervently hope some humane and compassionate solution will prevail for Dr Kevorkian on 14th April. By Rosemary Dewick, RN, 06.04.99 – *Internet.*
- (1999), Death's logic, By Stephen Vicchio, 14.04.99 – *Internet.*
- (1999), The right to die; not to murder, By Susan Martinuk, Vancouver writer and broadcaster. 24.04.99 – *Internet.*
- (2001) Poll: Many doctors back assisted suicide By TODD ACKERMAN, Houston Chronicle Science Writer HUSTON CHRONICLE, Health/Science Section, Thur, May 3, 2001 - *Internet.*

Scanned with OKEN Scanner